

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

N° 182

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 mars 1909, à 1 heure

Par **A. VAISSIER**

Né à Saint-Urcize (Cantal) le 31 octobre 1883

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMATOMÉTRIES POST-PARTUM

Président : M. P. BAR, professeur.

*Juges : } MM. POZZI et ALBARRAN, professeurs.
 } JEANNIN, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon,
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o 182

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 mars 1909, à 1 heure

Par A. VAISSIER

Né à Saint-Urcize (Cantal) le 31 octobre 1883

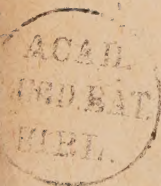
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMATOMÉTRIES POST-PARTUM

Président : M. P. BAR, professeur.

Juges : } MM. POZZI et ALBARRAN, professeurs
JEANNIN, agrégé.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon,
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	N***.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1911 le Conseil a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Les hématométries, envisagées d'une façon générale, peuvent être rangées en deux grandes classes : les hématométries congénitales, qui renferment les cas les plus nombreux et les plus étudiés, et les hématométries acquises. Celles-ci sont dues à une atrésie du col survenue après la cicatrisation d'une lésion syphilitique, après une cautérisation intempestive dans le traitement d'une métrite cervicale, ou encore après une amputation mal faite du col. Mais les cas les plus nombreux d'hématométries acquises sont dus aux accouchements laborieux, suivis de lésions plus ou moins considérables du côté du col ou du vagin, et consécutivement d'atrésie des voies génitales et d'hématométrie. Celle-ci est primitive si l'obstacle siège sur le col utérin, ou secondaire à un hémato-colpos si au contraire l'atrésie intéresse le vagin.

Ce sont ces *hématométries post-partum* dont nous allons nous occuper. Nous passerons en revue les causes, les symptômes, l'évolution et les complications de

cette affection ; nous verrons les lésions qui la produisent et celles qui lui sont consécutives. Le diagnostic nous retiendra un instant pour l'intérêt particulier qu'il présente. Nous étudierons ensuite le pronostic, le traitement et ses suites immédiates et éloignées. Enfin nous publierons les observations d'hématométries post-partum que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale. Ces observations ne sont pas très nombreuses, bien que cette affection soit aujourd'hui fort connue. Beaucoup de ces observations du reste, ont été publiées à propos de sujets différents : fistules vésicovaginales, atrésie du vagin, du col utérin, etc...

Mais avant d'aborder notre sujet nous avons un devoir à remplir. Nous tenons à remercier nos maîtres et à leur témoigner notre reconnaissance. Que tous ceux qui, à l'École de médecine de Clermont-Ferrand et à la Faculté de Paris, ont contribué à notre instruction médicale, reçoivent l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions plus spécialement M. le professeur agrégé BRINDEAU qui, après nous avoir inspiré le sujet de ce travail, a bien voulu nous aider de ses conseils.

Que M. le professeur P. BAR, dont nous sûmes apprécier l'enseignement et qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'hématométrie post-partum, que nous avons à étudier, est la conséquence de l'atrésie du vagin ou du col de l'utérus. Cette atrésie est limitée en un point ou occupe une plus ou moins grande étendue de cette partie des organes génitaux. Les lésions cicatricielles qui la constituent sont variables dans leur forme, leur aspect, leur siège et nous les retrouverons plus loin pour nous en occuper en détail.

Si cherchant la genèse de cette atrésie génitale, cause de l'hématométrie, nous remontons dans les antécédents de la malade, nous trouvons presque toujours à l'origine tantôt un *accouchement laborieux* ayant occasionné des désordres graves des tissus, tantôt une *infection* de la sphère génitale. Le plus souvent on doit incriminer à la fois le traumatisme obstétrical et l'infection. Le traumatisme ayant ouvert une porte d'entrée à une infection plus ou moins grave.

En examinant les observations qui ont trait à notre sujet on s'aperçoit que la plupart des traumatismes

obstétricaux ne sont que la conséquence de dystocies fœtales ou maternelles ayant nécessité ou non une intervention. Dans un cas c'est une *version* pour présentation de l'épaule (obs. XIX, XXVIII), dans d'autres une *application de forceps* (obs. IV, V), dans certains une *basiotripsie* (obs. II, III) qui auront causé les désordres initiaux. Parfois on aura à incriminer la *longueur du travail* (3 jours, obs. XXI; 4 jours et demi, obs. VIII) qui laisse le fœtus dans la filière génitale un temps trop considérable. Dans ce cas alors le traumatisme peut être intense et entraîner le sphacèle du col, de la paroi vaginale (obs. IV, V), auquel succédera souvent une fistule vésico ou recto-vaginale (obs. VIII, XVI, XXII).

A côté des accouchements où le traumatisme a le rôle principal dans l'étiologie de l'atrésie, il en est d'autres, au contraire, où l'*infection* intervient pour la plus large part. Ce sont ces accouchements laborieux, trainant en longueur, avec poche des eaux rompue depuis longtemps qui épuisent la femme et permettent à l'infection de s'établir et de se développer (obs. XI, XXV, XXVII). Ce sont encore ces accouchements où la délivrance ne se fait pas dans le temps normal, où le placenta collé au fond de l'utérus nécessite pour l'extraire une intervention plus ou moins longue. Toutes causes en somme qui exposent la femme à un plus grand nombre de chances d'infection (obs. I, XXIII).

Dans la majorité des cas, *traumatisme et infection* marchent de pair. A la suite d'un travail long, pénible, ayant épuisé la femme il se produit un traumatisme obstétrical après ou non une intervention. Par cette

solution de continuité une infection s'installe et cela d'autant plus rapidement que la plaie est plus grande, le milieu plus septique, la femme plus épuisée et plus anémiée.

Si l'infection intervient comme cause d'atrésie dans les accouchements à terme, il est intéressant de signaler qu'elle peut agir de même à la suite d'*avortements*. Les cas ne sont pas rares en effet, où une fausse-couche de quelques semaines ou de quelques mois, suivie de phénomènes infectieux, a pu entraîner une atrésie génitale et une hématométrie (obs. XII, XVIII, XXVI).

Enfin il est des cas d'hématométrie post-partum où la notion de traumatisme ou d'infection fait totalement défaut dans l'histoire des accouchements antérieurs. Malgré tout cependant, ces accouchements sont à l'origine de l'atrésie (obs VII, XVI, XVII). Il est vraisemblable qu'alors les lésions initiales au lieu d'intéresser les parties profondes, ont été localisées à la muqueuse seule et ont passé inaperçues pour la malade, ne se révélant que plus tard avec les autres signes de l'hématométrie.

Telles sont les causes de l'atrésie génitale qui donnera naissance dans un laps de temps plus ou moins long à une hématométrie. Mais pourquoi cette atrésie se produit-elle ? Pourquoi l'hématométrie est-elle aussi rare alors que les traumatismes obstétricaux sont si fréquents, alors que tout accouchement normal s'accompagne d'une déchirure plus ou moins prononcée du col ?

Dans les cas où il n'y a pas eu d'infection il est mal aisé de répondre. Bien au contraire il sera facile d'ad-

mettre qu'une plaie infectée donne lieu à une cicatrice rétractile qui entraînera l'atréisie génitale. Au lieu d'avoir en effet la production d'une muqueuse souple comme dans les cas aseptiques on assistera à la formation d'un tissu fibreux, inodulaire et essentiellement rétractile. La cicatrisation « sera relativement facile puisque après l'accouchement et pendant tout le temps de l'allaitement, le repos génital est à peu près complet, condition éminemment favorable à la cicatrisation » (*Delore*), (1). Cette cicatrisation entraînera la rétraction des tissus voisins, rétraction se faisant d'une façon « concentrique par rapport au centre de l'orifice, se continuant dans la profondeur après la fermeture de ce dernier et amenant ainsi de l'entropion de la muqueuse du col puis son accollement et enfin sa dépression en cul-de-sac. » Telle est l'opinion de *Jayle*. Mais pour cet auteur l'infection consécutive aux accouchements ne saurait tout expliquer et il admet qu'il existe en outre des causes de prédispositions individuelles ; l'appareil utéro-vaginal ayant suivant les femmes, une tendance plus ou moins marquée à la sclérose (2).

En résumé nous voyons que l'hématométrie post-partum fait suite aux accouchements longs et laborieux ; que ces accouchements soient la conséquence d'un vice de conformation du bassin, d'une inertie utérine ou d'une anomalie dans la constitution ou la présentation du fœtus. En un mot toutes les difficultés de l'accou-

1. *DELORE*, *Ann. gyn. et obst.*, 1903, t. II, p. 331.

2. *JAYLE*, *Presse médic.*, 9 janv. 1907, n° 3, p. 17.

chement, qu'elles tiennent au bassin, à l'utérus, au fœtus ou à ses annexes peuvent être en cause. Signalons en outre que non seulement l'accouchement à terme mais encore l'accouchement prématuré et l'avortement peuvent être accompagnés de désordres, ou suivis d'infection capable d'amener l'obturation du col ou du vagin.

SYMPTOMATOLOGIE

Telle est l'étiologie de l'hématométrie post-partum. Voyons comment dans la généralité des cas elle peut se présenter. Nous nous occuperons tout d'abord des phénomènes fonctionnels et généraux, pour décrire ensuite les signes physiques qu'un examen méthodique de la malade nous dévoilera.

Mais il est un fait que tout d'abord nous ne devons pas négliger de signaler : c'est la variabilité extrême que l'on constate dans la *date d'apparition* des premiers signes subjectifs de l'hématométrie. Suivant les cas que l'on envisage, cette période du début est éminemment variable. Telle femme se trouvera incommodée six à sept semaines après son accouchement (obs. XXVIII), telle autre trois mois après (obs. XXI) ; dans certains cas c'est après un an (obs. III), deux ans (obs. VII), que les phénomènes douloureux font leur apparition.

Une telle diversité ne nous étonnera pas si nous voulons bien remarquer que ces phénomènes plus ou moins intenses du début sont en corrélation avec la plus ou

moins grande réplétion de l'utérus. Cette réplétion elle-même variera très diversement dans les différents cas suivant l'abondance des menstrues et le siège de l'atrésie génitale. Il est en effet incontestable que les accidents seront plus précoces dans une atrésie du col que dans celle du canal vaginal proprement dit, chez une femme abondamment menstruée, que chez une autre qui au contraire le sera d'une façon modérée. On peut dire en un mot que les phénomènes du début seront d'autant plus précoces et plus intenses que les menstrues seront plus copieuses et que le siège de l'obstruction cause de l'hématométrie sera plus rapproché de la cavité utérine et par là plus éloigné de la vulve.

A ces deux facteurs, *abondance des menstrues, siège de l'atrésie*, auxquels est subordonnée l'apparition des signes de l'hématométrie nous devons en ajouter un troisième : c'est la résistance plus ou moins grande à la douleur. Il y a en effet des femmes qui avec un utérus peu volumineux, des menstrues peu abondantes et de courte durée, se plaignent de douleurs intolérables que ne ressentent pas d'autres femmes affligées d'une hématométrie énorme.

Symptômes fonctionnels. — Le début de la maladie est le plus souvent *insidieux*. A part l'*absence d'écoulement sanguin* la période cataméniale présente tous les signes qui accompagnent ordinairement la venue des règles : maux de tête, bouffées de chaleur, palpitations, pesanteur hypogastrique, sauf l'hémorragie, le tableau du molimen est au complet.

C'est ainsi que se passent les premières périodes

menstruelles. Mais à mesure que les règles se renouvellent, et parfois même dès le début, la gêne, la pesanteur hypogastrique s'accroissent. Les malades se plaignent de courbatures, de douleurs dans les reins de plus en plus vives et qui vont s'irradiant vers l'hypogastre et le périnée. Certaines femmes vont même jusqu'à accuser la sensation d'un corps étranger dans le bas-ventre. La période menstruelle passée, tous ces accidents s'amendent peu à peu, mais le plus souvent il reste dans la région hypogastrique et dans les parties génitales un malaise, une lourdeur indéfinissables. « C'est en quelque sorte, dit Puech, un souvenir du passé et ce doit être un présage pour l'avenir (1). »

Parmi ces accidents qui se renouvellent chaque mois il en est un que les femmes signalent plus particulièrement : ce sont les *douleurs rénales irradiées* vers l'utérus. Celles-ci deviennent de jour en jour plus intenses et plus fréquentes et sont nettement caractérisées. Les femmes en effet, qui ont déjà eu des enfants, n'hésitent pas à les comparer aux douleurs de la parturition (obs. XIX, XXVI, XXVII). Cette comparaison du reste est des plus fondées, les douleurs de l'accouchement et celles de l'hématométrie ayant la même origine : la contraction du muscle utérin. Les unes et les autres sont constituées par des accès intermittents, plus ou moins vifs, plus ou moins nombreux et d'une durée plus ou moins longue. Le sang menstruel affluant dans la cavité utérine et n'en pouvant sortir grâce à l'atésie

1. PUECH. *De l'atésie des voies gén. de la femme*, 1864.

génitale, distend cette cavité. Mais l'utérus ne se prête à cette dilatation que dans une certaine mesure. Il ne peut en effet se développer comme dans la grossesse, car ici les parois utérines n'ont pas subi les modifications qu'elles présentent dans l'état de gestation. Le muscle utérin distendu réagit, son excitabilité est mise en jeu et il se contracte pour chasser son contenu. Les contractions utérines provoquent la compression des filets nerveux ramifiés dans la trame du muscle utérin et donnent naissance à ces douleurs, à ces coliques qui ont pu en imposer aux malades et même à des sages-femmes et à des médecins pour un commencement de travail. Cette erreur est d'autant plus facile qu'à la palpation il est possible parfois de constater le *durcissement* de l'utérus. Ce sont des faits qui expliquent pourquoi le diagnostic a pu souvent hésiter entre une grossesse et une hématométrie.

A ces phénomènes, de plus en plus accentués à mesure que les périodes menstruelles se renouvellent, viennent bientôt s'ajouter d'autres symptômes qui témoignent du développement de plus en plus exagéré de l'utérus. Celui-ci en effet par son volume anormal provoque sur les organes qui l'avoisinent des compressions qui se traduisent différemment suivant qu'elles agissent d'une façon plus ou moins intense sur un point ou sur un autre. Les nerfs sacro-lombaires viennent-ils à être comprimés, la femme accusera dans les membres inférieurs des tiraillements, des fourmillements, des engourdissements, de la pesanteur (obs. XXV). La compression s'exerce-t-elle en arrière sur le rectum, on cons-

tatera de la constipation, du ténésme anal. A-t-elle lieu au contraire en avant, la dysurie, la rétention ou l'incontinence d'urine en seront la conséquence (obs. XVII). La tumeur vient-elle à appuyer sur les vaisseaux iliaques, la circulation de retour sera gênée et la malade présentera de l'œdème des membres inférieurs.

Dans quelques cas on a pu signaler du gonflement, de la *tension des seins* comme au début d'une grossesse (obs. III). Parfois même, mais les faits en sont plus rares, on a constaté au moment des crises douloureuses mensuelles l'apparition d'hémorragies supplémentaires : hémoptysies, hématomèses, épistaxis, hématuries, flux hémorroïdal (obs. XXVI). Ces pertes sanguines, quelquefois très abondantes et signalées comme des complications de la maladie, ont pu par leur apparition retarder manifestement la formation de la collection sanguine.

Tels sont les signes que l'on constate au début de l'hématométrie. Mais après un temps plus ou moins long suivant les sujets, d'autres symptômes vont faire leur apparition. Ces accidents d'origine sympathique se manifestent le plus souvent du côté du système nerveux et de l'appareil digestif.

C'est ainsi que des malades accuseront de l'*anorexie*, du dégoût pour les aliments ; que d'autres présenteront des *nausées*, des *vomissements* alimentaires, bilieux, fécaloïdes même. Ces vomissements sont dus à la distension de l'utérus ou à un certain degré de péritonite qui accompagne l'accroissement exagéré de cet organe. Parfois cette péritonite ne serait que la réaction de la séreuse au contact de laquelle est venu se

déverser un peu de sang chassé à travers la trompe par les contractions utérines (Pozzi) (1).

D'autre part, certaines femmes présentent un changement complet dans leur caractère : elles deviennent émotives, impatientes, irritables. Certaines sont dans une agitation incessante, à la moindre douleur elles se roulent par terre ; d'autres dans le délire menacent de se suicider. Dans certains cas ces douleurs utérines sont le point de départ de crises d'hystérie et d'épilepsie ; dans d'autres ce sont des spasmes (obs. XVII) des palpitations (obs. XXVI), des suffocations, de la dyspnée, des syncopes mêmes que provoquent ces douleurs (obs. XXI).

Symptômes physiques. — Tels sont les renseignements que pourra nous fournir l'interrogatoire de la malade. Voyons maintenant quels sont les signes physiques que peut nous dévoiler un examen direct. Ces signes éminemment variables d'une malade à l'autre sont sous la dépendance directe du mode de production de l'atrésie et du siège de l'occlusion.

A l'examen de la *région abdominale* on constate la présence d'une *tumeur* plus ou moins volumineuse et dont on délimite le fond à des hauteurs différentes. Dans certains cas cette tumeur dépasse à peine l'arcade pubienne (obs. I, XII, XXVI), dans d'autres elle atteint la région ombilicale (obs. IV, VI, XVIII), quelquefois enfin elle a pu acquérir le volume d'un utérus à terme (obs. XVIII).

1. Pozzi. *Traité de gyn., chir. et opérat.*, 4^e édit., 1905.

Cette tumeur est lisse, rénitente, mate, et occupe ordinairement la ligne médiane. Si on la palpe au moment d'une crise, on peut la sentir se *durcir* sous la main comme le ferait un utérus gravide (obs. XXVI). La contraction passée, l'utérus reprend sa consistance molle comme dans la grossesse.

Si on a enfin l'occasion de suivre la malade pendant un certain temps on peut se rendre compte d'un phénomène caractéristique de l'hématométrie. Au moment de la crise menstruelle l'utérus augmente sensiblement de volume de bas en haut et devient douloureux. La crise passée, la douleur s'atténue et l'utérus revient peu à peu sur lui-même, mais sans jamais acquérir son volume précédent. Il en résulte donc qu'après chaque nouvelle période menstruelle l'utérus a un volume plus considérable qu'après la crise précédente. Cette *augmentation par saccades* du volume de l'utérus est un signe pathognomonique de l'hématométrie.

Parfois, surtout si la maladie évolue depuis un certain temps, à côté de la tumeur médiane que nous avons décrite, on constate à la palpation la présence d'une *tumeur latérale* plus petite, siégeant dans la fosse iliaque droite ou gauche. Dans certains cas on a pu même observer deux tumeurs latérales, une de chaque côté de l'utérus. Ces tumeurs constituent des *hémato-salpinx* sur lesquels nous reviendrons en parlant des complications.

Au *toucher vaginal* on trouve, suivant les cas, un vagin plus ou moins *atrésié* (obs. XXVII), diminué de profondeur, affectant la forme d'un entonnoir ou d'un

cul-de-sac (obs. VIII). Mais souvent le vagin est normal dans toute sa longueur et ce n'est que dans le fond qu'il est possible de découvrir quelques traces cicatricielles.

C'est dans les cas de ce genre, où l'exploration profonde du vagin peut être faite, qu'il est possible de se rendre compte d'une façon exacte de l'état du *col*. Celui-ci affecte les modifications les plus variées. Le plus souvent il est *raccourci, effacé*, réduit à une saillie plus ou moins appréciable et de consistance ligneuse. Parfois il a complètement disparu, n'ayant laissé à sa place qu'une cicatrice dure, s'étendant plus ou moins sur les côtés pour intéresser les culs-de-sac et les parois du vagin. Dans aucun cas le doigt *ne peut découvrir l'orifice* du museau de tanche et ne trouve rien qui ressemble aux deux lèvres se laissant entrouvrir.

Les *culs-de-sac vaginaux* n'existent plus dans beaucoup de cas, étant complètement effacés (obs. VII, XI) ou remplacés par du tissu de cicatrice. Parfois, le moignon du col sclérosé adhère à une paroi vaginale et la tumeur utérine s'incline alors du côté de l'adhérence (obs. XXVIII).

Lorsque l'atrésie siège sur l'orifice externe du col, le canal cervical ainsi que le segment inférieur se dilatent et font saillie dans le vagin sous forme d'une *tumeur ronde*, lisse, ovoïde, rénitente (obs. XVII, XXIII, XXVIII), de la grosseur d'un œuf (obs. XXVI), d'une orange (obs. I), ou d'une mandarine (obs. II).

Le *toucher rectal*, parfois nécessaire, surtout si l'atrésie du vagin empêche toute exploration par cette voie, permet lui aussi de circonscrire la tumeur utérine et

d'apprécier tous ses caractères ainsi que ses rapports avec les organes environnants.

Le *toucher combiné au palper* permet de vérifier et de préciser les constatations déjà faites par le toucher et la palpation isolés et peut en outre donner des notions nouvelles. C'est ainsi que l'on se rendra un compte plus exact de la forme que présente la tumeur dans son ensemble et en particulier de cet aspect de *brioche* qu'affecte le corps utérin surmontant le segment inférieur dilaté par le liquide (obs. I, IV). Cette méthode d'exploration renseigne aussi sur le volume de la tumeur, sur sa consistance pâteuse, rénitente. Les pressions faites sur la tumeur par la main abdominale et transmises à la main vaginale nous font constater la *fluctuation*, indice de la présence d'une collection liquide dans l'utérus (obs. V, XXVI). Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale et transmis à la tumeur vaginale nous renseignent sur la *connexité* qui existe entre les deux (obs. XI, XIV). Si cette corrélation dans les mouvements n'est pas toujours constatée cela tient à la résistance et à l'épaisseur du tissu cicatriciel ou aux adhérences de l'utérus avec les organes du voisinage.

A-t-on affaire à plusieurs tumeurs abdominales, l'exploration bimanuelle nous indique les caractères individuels de chacune d'elles et les rapports qu'elles affectent entre elles.

Enfin, si cette exploration est faite au moment des crises, on pourra constater de la façon la plus nette les *contractions intermittentes* du muscle utérin.

L'examen au *spéculum*, si l'état du vagin le permet, nous donnera par la vue une vérification de tout ce que nous a révélé le toucher. La tumeur du vagin nous apparaîtra au fond de ce canal avec sa forme de demi-sphère, sa couleur rougeâtre, tranchant sur l'aspect blanchâtre ou simplement rosé des cicatrices du col (obs. XXVI). Celui-ci se présentera sous forme d'une petite saillie acuminée (obs. III, V, X) ou sera remplacé par une dépression (obs. XI). Partant de là on pourra, suivant les cas, distinguer des traînées cicatricielles affectant toutes les formes et toutes les directions pour gagner les culs-de-sac vaginaux et même les parois latérales du vagin.

Si maintenant, sous le contrôle de la vue, on recherche l'*orifice du col*, il est impossible le plus souvent de le découvrir. Parfois le stylet dont on s'est muni pénètre dans un petit pertuis cicatriciel, mais ce n'est que de quelques millimètres et l'on se trouve bientôt arrêté par les lésions de cicatrice qui ont gagné les tissus en profondeur (obs. V). Dans les cas très rares où l'oblitération siège seulement à l'orifice supérieur du col, on pourra pénétrer plus ou moins profondément dans le canal cervical mais on sera bientôt arrêté sans pouvoir gagner la cavité utérine.

ÉVOLUTION. — COMPLICATIONS

L'hématométrie post-partum, installée comme nous l'avons vu et abandonnée à elle-même sans aucun traitement, évoluera et pourra se terminer suivant les cas, de plusieurs façons.

Si la femme atteinte de cette affection se trouve à un âge rapproché de la *ménopause*, on peut espérer pour elle une guérison. La malade, en effet, n'ayant plus ses règles, les symptômes s'amendent peu à peu et le liquide retenu dans la cavité utérine se résorbe à la longue. La femme ne souffrant plus est considérée comme guérie.

La femme est-elle plus jeune ? la maladie continuera à évoluer, les crises périodiques d'abord courtes iront en s'accroissant en durée et en intensité pour enfin devenir constantes. Si bien qu'après un laps de temps variable suivant les circonstances et les sujets, la maladie, condamnée par la douleur à l'inaction la plus complète, verra peu à peu compromettre la fonction de tous les organes de l'économie. La femme maigrit, son facies se crispe, elle s'étiole de jour en jour

et elle finit par mourir dans un état de cachexie et de marasme très prononcé.

Le plus souvent cependant il n'en est pas ainsi et une série de complications malheureuses et fatales dans certains cas, heureuses mais rares dans d'autres, guettent la malade et l'exposent aux plus graves dangers.

La *déviatio*n des règles, constatée dans les hémato-métries congénitales, à peine signalée dans les cas qui nous concernent, peut à la rigueur, si elle se produit, amener un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie. Parfois une guérison s'ensuit, le sang ne s'épanchant plus ou très peu dans l'utérus. Ces hémorragies périodiques ont lieu alors sur les points les plus variables et on constate des épistaxis, des hémoptisies, des hématoméses, un écoulement hémorroïdal (obs. XXVI).

La *rupture de l'obstacle* de l'atrésie, qui retient le sang épanché, peut se produire dans certains cas (obs. V). Ces faits sont rares, mais cependant bien connus et cela depuis l'antiquité.

Ces ruptures se produisent lorsque les contractions utérines ont été assez puissantes pour vaincre un obstacle peu accentué ou bien lorsque la gangrène est venue désorganiser le tissu cicatriciel constituant l'atrésie. Quelle que soit la cause de cette rupture, la guérison, si elle survient, ne sera obtenue qu'après de multiples dangers. Si la gangrène est en cause, l'infection peut envahir l'utérus distendu et rempli d'un liquide des plus susceptibles de s'infecter. Si la rupture fait suite à la pression du liquide, l'orifice nouvellement créé, plus ou moins entr'ouvert, assurera un drainage incomplet et pourra se

fermer plus ou moins vite. Les germes infectieux auront eu le temps cependant de gagner la poche liquide qui deviendra le point de départ d'une septicémie des plus graves (obs. XIX).

La *rupture de l'utérus* peut se produire en des endroits différents suivant que la dilatation des parois a été plus accentuée en un point que dans d'autres. Ordinairement elle se fait au fond de l'organe. Elle est due à la pression trop grande du liquide sur la paroi utérine. Cet accident parfois spontané est le plus souvent dû à une cause occasionnelle : chute, effort, coup violent sur l'abdomen ; toutes causes qui contribuent à augmenter la pression du sang dans l'utérus.

Suivant le point de l'organe où la solution de continuité aura eu lieu, les phénomènes consécutifs à cet accident seront variables, le sang collecté s'épanchant en dehors de l'abdomen ou dans son intérieur.

La rupture est-elle très bas située sur le segment inférieur, le sang coulera au dehors par le vagin et la vulve. Dans un cas, on a vu la collection liquide s'épancher dans le tissu cellulaire entourant les parois vaginales et venir constituer un *hématome* de la grande lèvre (obs. XXIV). La rupture porte-t-elle au contraire sur le corps utérin lui-même, c'est alors dans la cavité péritonéale que s'écoulera le sang menstruel occasionnant suivant les cas des accidents péritonéaux plus ou moins étendus et par là plus ou moins graves. C'est qu'en effet la dilatation de l'utérus s'est accompagnée précédemment d'un certain degré de péritonite, et des adhérences se sont organisées entre l'utérus et les organes

qui l'environnent, limitant et cloisonnant ainsi la surface péritonéale. Ainsi s'explique la formation d'une hématocele rétro-utérine ; ainsi s'explique également l'évacuation du sang dans la vessie, le rectum (obs. XX), l'intestin et même l'estomac.

A la rupture utérine s'ajoute le plus souvent l'infection et il est dès lors facile de concevoir les conséquences qui vont s'ensuivre : péritonite le plus souvent mortelle, septicémie.

A côté de la rupture utérine se place une autre grave complication de l'hématométrie, c'est l'*infection* de la poche sanguine. Cette infection peut être spontanée et se faire par propagation à travers les parois utérines, le plus souvent elle a lieu après une tentative d'opération (ponction exploratrice, évacuation incomplète). La collection sanguine, milieu des plus favorables à la multiplication des microbes, devient le point de départ d'une infection qui gagnera peu à peu tous les organes et cette hématométrie transformée en *pyomètre* sera la cause d'une septicémie générale qui emportera la malade. (obs. V). Parfois, mais les cas en sont exceptionnels, dans cette collection purulente prennent naissance des gaz, qui par leur expansion, constituent dans l'utérus un *physiomètre*.

Dans la majorité des cas, l'utérus seul contient du sang menstruel, mais nous avons vu que souvent une trompe (obs. I) et parfois même les deux (obs. XVII, XIX, XX, XXIV). étaient susceptibles de se transformer en *hématosalpinx*. A la tumeur utérine se trouve alors accolée d'un côté ou des deux, une tumeur ovoïde,

molle,roulant sous les doigts et qui par le toucher combiné au palper paraît nettement indépendante de l'utérus, séparée qu'elle en est par un sillon plus ou moins prononcé.

L'hématosalpinx provient d'une hémorragie faite directement dans la trompe, ou est due au refoulement du sang de l'utérus à travers l'ostium uterinum. Ce dernier mécanisme paraît surtout devoir être invoqué dans les vieilles affections où le muscle utérin est distendu et où l'ostium uterinum est devenu perméable. C'est ce qui explique la fréquence plus grande des hématosalpinx dans les hématométries congénitales que dans les hématométries acquises.

Le sang tubaire, grâce aux contractions vermiculaires de l'organe, peut se vider peu à peu par le pavillon de la trompe dans le péritoine, occasionnant alors des crises de péri métro-salpingites. Rarement l'hématosalpinx se déverse dans l'utérus (Barnotte) (1). Quoiqu'il en soit, cette tumeur salpingienne est sujette à s'infecter et à se rompre (obs. XVI, XXIV) comme la collection utérine elle-même et ces complications occasionnent alors à la malade les mêmes conséquences graves. Bien plus on a pu signaler la rupture de l'hématosalpinx après l'évacuation de l'hématométrie. Cette complication serait due aux tiraillements des adhérences contractées par la poche tubaire et que provoque l'évacuation plus ou moins rapide de la collection utérine. A la suite de cette rupture le sang épanché dans

1. BARNOTTE, *Ann. médic. de la Flandre occid.*, 1857, p. 223.

le péritoine, possédant un pouvoir plus infectant que celui de la grossesse tubaire occasionne une péritonite. Ce sont ces accidents bien connus des anciens chirurgiens qui leur faisaient redouter l'opération avec juste raison.

Ainsi donc la rupture de l'utérus ou des trompes, la rupture de l'atrésie, l'inflammation utérine ou péritonéale, la déviation ou la suppression des règles, la ménopause et la consommation peuvent être les modes de terminaison de l'hématométrie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons à considérer les lésions du vagin et du col utérin, lésions qui sont cause de l'hématométrie, les modifications que la présence du liquide dans l'utérus entraîne du côté de cet organe et plus haut du côté des trompes, des ovaires et du péritoine. Il faut envisager aussi la nature et la composition de la collection liquide.

Le *liquide* retenu dans l'utérus, et dont la présence occasionne tous les symptômes de l'hématométrie, est un mélange de *sang menstruel* et de *mucus*, produit de sécrétion des glandes de la muqueuse utérine. Ce liquide complètement inodore est des plus caractéristique. Tous les observateurs en effet, se sont servis pour le décrire de termes à peu près identiques. Il a un aspect chocolat, lie-de-vin, brun violacé ; une consistance épaisse, gluante, sirupeuse. On l'a comparé à du goudron, à de la gelée de groseille. Il ne contient *pas de caillots* ordinairement, cependant dans un cas on a

pu en observer et le liquide avait alors un aspect granuleux (obs. XXVI).

La *quantité* de liquide collecté est des plus variables suivant les sujets. Si dans certains cas on a trouvé une ou deux cuillerées à bouche de sang (obs. XI, XXI), dans d'autres, c'est un litre et plus qu'on a pu évacuer (obs. IV, VIII, XII, XXII). Ces différences dans la quantité du liquide recueilli s'expliquent par la constitution particulière de la femme, par son âge, par le nombre plus ou moins grand de menstrues qu'elle a eues avant l'opération. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'on recueille toujours une quantité de sang bien inférieure à celle qui aurait pu s'écouler dans le même laps de temps, si les voies génitales eussent été libres. Quelles raisons invoquer pour expliquer cet état de choses. Est-ce la diminution de l'exhalation sanguine que l'on doit faire intervenir, ou, plus vraisemblablement, ne doit-on pas penser à l'absorption du sérum sanguin par la muqueuse utérine ? Cette résorption cependant n'est pas équivalente à l'exhalation, de telle sorte que l'utérus emmagasine une petite quantité de sang à chaque nouvelle période menstruelle. Dès lors il est facile d'expliquer ce phénomène caractéristique de l'hématométrie que nous avons étudié dans la symptomatologie. Au moment de la crise cataméniale nous avons vu l'utérus augmenter sensiblement de volume ; puis, la crise terminée, subir une sorte d'involution et revenir peu à peu sur lui-même. A un certain moment cette régression s'arrête, le volume reste stationnaire jusqu'à la période menstruelle suivante où le même phéno-

mène se reproduit (*Progression en saccades de l'utérus*).

Une autre constatation facile à déduire, c'est que le liquide est d'autant moins abondant que la lésion cicatricielle est plus éloignée de la vulve. Cela est évident : la capacité du réservoir étant moins importante avec une atésie siégeant sur le col utérin qu'avec une oblitération de la partie moyenne par exemple, du canal vaginal proprement dit.

L'examen chimique et histologique de ce liquide a montré qu'il contient peu ou pas de sérum (obs. XXI), des globules rouges très déformés, du mucus produit des glandes de l'utérus, des cellules provenant de la desquamation de la muqueuse de cet organe.

L'aspect du vagin est des plus variables. Le plus souvent il est libre dans toute sa longueur, mais si le traumatisme a été violent, les parois ont pu éclater et le tissu cicatriciel l'envahir et l'oblitérer entièrement (obs. X, XIV, XV). Parfois alors le conduit vaginal communique par un trajet fistuleux avec l'urètre, la vessie (obs. VIII, XXI) ou le rectum (obs. XX.)

Le col de l'utérus, dans la majorité des cas, n'est intéressé que dans son orifice externe ou vaginal. La cicatrice qui l'occupe est constituée par du tissu fibreux, inodulaire qui envahit plus ou moins la cavité du col. Le col lui-même, détruit en entier ou dans sa plus grande partie, n'apparaît que sous forme d'une petite saillie indurée ; quelquefois sa présence n'est signalée que par une dépression ombiliquée (obs. IV, XXVI), d'où partent en rayonnant des brides cicatricielles qui

gagnent les culs-de-sac vaginaux ou descendent plus ou moins bas sur les parois du vagin (obs. XI, XXVIII). Ces lésions sont sous la dépendance de l'étendue et de la profondeur des désordres qui ont intéressé le col et le vagin, et du degré d'inflammation qui a suivi ce traumatisme.

Les cas où le col est conservé et où l'atrésie siège à l'orifice interne, laissant jusqu'à ce point le canal cervical libre, sont rares dans les hématométries en général et dans l'hématométrie post-partum en particulier.

Comme nous l'avons mentionné, le plus souvent l'atrésie siège à *l'orifice externe* du canal cervical et dans certains cas on a pu constater la dilatation de ce canal qui devient plus ou moins volumineux, acquérant le volume d'un œuf, d'une mandarine ou d'une orange. Le corps utérin, placé au-dessus, se trouve peu ou pas dilaté et c'est dans ces cas que l'on a pu comparer l'ensemble de la tumeur à un *brioche*.

Dans le plus grand nombre de cas, l'utérus se développe dans son ensemble. Le *segment inférieur* bombe dans le vagin sous l'aspect d'une calotte demi-sphérique ; le corps, lui, se développe vers l'abdomen. Le volume de l'utérus n'est comparable en aucun cas. Si parfois il atteint la grosseur du poing (obs. XIV), il a pu acquérir le volume que possède un utérus à la fin de la gestation. (obs. XXVIII).

Les *parois* de l'utérus se présentent différemment suivant les cas. Si on a affaire à une hématométrie évoluant depuis peu de temps, les parois seront épaissies, hypertrophiées, l'utérus réagissant contre la pression

du sang qui le remplit (obs. VII, XXII). Si au contraire, la maladie est installée depuis un temps plus considérable, les fibres musculaires se laissent forcer et distendre (obs. X). Toutes les parties de l'utérus cependant ne se dilateront pas uniformément ; c'est vers le fond de l'organe que l'on constatera le point le plus faible, endroit critique, qui, si la maladie est abandonnée à elle-même, pourra céder et entraîner une des complications les plus graves : la rupture utérine et toutes ses conséquences.

La *muqueuse* de l'utérus apparaît épaissie, tomenteuse, décolorée (obs. X), noirâtre ; s'il y a eu de l'infection, elle peut présenter des taches gangreneuses, suppurantes.

Les *trompes* de Fallope, le plus souvent normales, sont quelquefois dilatées par du sang collecté. La paroi des trompes, grâce au peu de fibres musculaires qu'elle contient, ne peut réagir et se laisse dilater pour constituer un *hématosalpinx* (obs. XVI, XVII, XXIV). Le liquide de cette tumeur salpingienne est du même aspect que celui de la collection utérine et il en possède la même composition. L'orifice du pavillon de la trompe est la plupart du temps perméable et ouvert, tandis que l'*ostium uterinum* est ordinairement fermé. C'est ce qui fait admettre que si parfois le liquide de la cavité utérine a pu refluer dans la trompe par l'*ostium uterinum* forcé et dilaté, dans le plus grand nombre de cas, cette ascension du liquide n'a pu avoir lieu par cet orifice fermé et oblitéré. Il faut alors admettre que le sang a dû s'épancher dans les trompes aux

dépens de leurs vaisseaux et peut-être avons-nous affaire là à une de ces hémorragies supplémentaires comme l'on en signale dans d'autres points de l'organisme.

Les trompes peuvent aussi contracter des adhérences avec les ovaires, le péritoine, l'utérus, tous les organes environnants en un mot, comme aussi les hématosalpinx peuvent se rompre (obs. XVI, XXIV).

Les ovaires ne présentent rien d'anormal en général. Par contre, sur le *péritoine* on constate des adhérences nombreuses avec l'utérus (obs. X, XXIV), les trompes. Ces lésions expliquent fort bien les réactions péritonéales que l'observation clinique a dévoilées.

S'il y a eu de l'infection, l'autopsie montre des lésions de péritonite suppurée (obs. VII, X, XXII).

DIAGNOSTIC

L'hématométrie post-partum, si elle se présente avec tous ses signes au complet, doit, semble-t-il, être facile à diagnostiquer. L'aspect clinique, en effet, est des plus caractéristiques : les antécédents génitaux de la malade, le début brusque de l'affection, l'aménorrhée, les crises de douleurs expulsives coïncidant avec l'époque menstruelle, la présence d'une tumeur abdominale s'accroissant périodiquement et par saccades, tous ces signes appartiennent bien à l'hématométrie. L'oblitération du col ou du vagin, la présence d'une tumeur vaginale fluctuante viennent encore compléter le diagnostic.

Malgré tout cependant, il y a des cas où le diagnostic peut rester en suspens et où il est permis d'hésiter.

Ce qui au début frappe la malade et l'amène à consulter, c'est l'*aménorrhée*. Cette absence de règles chez les femmes qui *allaitent* est ordinairement constante. Elle dure cinq à six mois chez la primipare et huit à neuf mois chez la multipare. L'interrogatoire ici sera précieux et mettra sur la voie du diagnostic.

Si la femme n'allait pas, l'aménorrhée peut être liée à l'*obésité* ou à la *tuberculose*. Dans quelques cas rares, on l'a vue survenir sans cause apparente et durer plus ou moins longtemps. Dans tous ces cas, bien que l'aménorrhée existe et soit accompagnée de signes généraux et de phénomènes du côté des seins, la femme n'éprouvera pas ces douleurs périodiques de l'hématométrie, et l'examen de l'utérus dévoilera un organe petit, non douloureux.

L'aménorrhée peut être due également à une *grossesse* commençante, mais alors on aura les signes particuliers que l'on retrouve au début d'une gestation.

La tumeur utérine qu'est l'hématométrie, se développant plus ou moins dans l'abdomen ne sera pas non plus confondue avec les autres tumeurs abdominales indépendantes de l'utérus. Nous ne ferons que mentionner la *rétenction vésicale* ; il suffira, pour l'éliminer, d'y songer et de sonder la malade.

Le *kyste de l'ovaire* s'accompagne de tiraillements, de pesanteur, parfois de douleurs, mais celles-ci n'ont pas la périodicité de celles qui font cortège à l'hématométrie. Les règles plus ou moins régulières sont ordinairement conservées. A la palpation le kyste se présente comme une tumeur indolente, régulière, lisse, rénitente ou fluctuante, mate ; elle n'est pas médiane et se trouve dans une des fosses iliaques. Au palper et au toucher l'utérus apparaît avec tous ses caractères normaux de volume et de consistance, déplacé parfois par la masse kystique. Cette tumeur est indépendante de l'utérus, séparée de celui-ci par un sillon plus ou moins accen-

tué. Cette indépendance de l'utérus et du kyste est rendue encore plus apparente si on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince à griffes et que l'on tire en bas. Cette manœuvre a pour but de déplacer l'utérus et d'exagérer ainsi le sillon qui sépare celui-ci de la tumeur ovarique.

Une *salpingite* se présente avec un début plus ou moins insidieux, de la douleur à la région inférieure et latérale de l'abdomen. Elle s'accompagne de métrorragies, d'écoulement leucorrhéique, d'un plastron abdominal du côté de la lésion. L'utérus douloureux est plus ou moins dévié et diminué dans sa mobilité. Le cul-de-sac est sensible, induré et dans le fond on sent la tumeur salpingienne plus ou moins volumineuse, ovoïde, ferme, douloureuse et séparée de l'utérus par un sillon.

Les tumeurs solides développées aux dépens de l'utérus et nettement limitées à cet organe sont d'un diagnostic plus difficile.

Un *fibrome utérin* peut se présenter comme une tumeur mate, rénitente, élastique, quelquefois plus ou moins ramollie, ressemblant à de la fluctuation. Il peut s'accompagner de pesanteur hypogastrique, de tiraillements, de douleurs : tous phénomènes de compression. Mais en même temps on a des métrorragies, un col normal, plus élevé, perméable, la cavité utérine plus développée. Dans un cas on a pu constater l'association d'un fibrome à une hématométrie (obs. XXV).

Le cas le plus embarrassant et qui prête le plus à confusion, est celui d'une *grossesse à son début*. L'aménorrhée existe dans les deux cas, la tumeur abdominale a

aussi les mêmes caractères de forme et de consistance. Toutes les deux peuvent être le siège de contractions utérines perceptibles au palper, et s'accompagner de nausées et de vomissements (obs.V, XVII). Les seins peuvent acquérir un certain développement et devenir douloureux dans l'hématométrie, comme c'est la règle dans la grossesse (obs. III). Mais dans celle-ci le col est plus ou moins ramolli, rénitent, perméable, tandis que dans l'hématométrie il est remplacé par un tissu scléreux cicatriciel, dans lequel le toucher vaginal ne perçoit aucun orifice.

Il est des cas cependant où le doute peut persister, surtout si l'atrésie est peu accentuée ou si elle siège à l'orifice supérieur du col ; celui-ci ayant alors un aspect normal (obs. III). Il faut être très circonspect et ne pas tenter imprudemment un cathétérisme du canal cervical, on courrait le risque d'être victime d'une simulation et de provoquer un avortement. On devra s'assurer qu'il n'existe pas d'écoulement, se rendre compte de la périodicité des crises, de la nature des douleurs et rechercher avec soin tous les signes de la gestation. Après quelques semaines d'observation on sera du reste fixé et si on est en présence d'un utérus fécondé les signes de certitude de la grossesse apparaissant (auscultation, mouvements passifs et actifs du fœtus) lèveront tous les doutes.

Mais devant une hématométrie, le médecin au début a pu penser à une grossesse commençante et l'utérus n'augmentant plus et regressant au contraire un peu, il croit à une *grossesse interrompue*, à un œuf mort re-

tenu dans la cavité utérine. Ce n'est qu'en voyant cette rétention durer par trop longtemps, en voyant l'utérus augmenter de volume au moment des règles et revenir ensuite sur lui-même, que l'observateur peut reconnaître son erreur et établir son diagnostic véritable (obs. III).

L'hématométrie, séparée des tumeurs indépendantes de l'utérus et des tumeurs solides développées aux dépens de cet organe, ne devra pas non plus être confondue avec les autres tumeurs liquides de l'utérus, et en particulier de l'*hydrométrie*. Dans ce cas, la tumeur a bien tous les caractères physiques de l'hématométrie, mais la femme sera à l'âge de la ménopause ou l'aura dépassé, le volume de l'utérus ne progressera pas par saccades coïncidant avec les époques menstruelles. Son volume augmentera au contraire peu à peu, d'une façon progressive, continue et sans douleurs.

Dans certains cas on a pu, pour établir le diagnostic, procéder à une *ponction exploratrice*, mais ce moyen doit être employé avec ménagement et le plus rarement possible. S'il y a lieu d'y avoir recours on devra du moins s'entourer de tous les soins aseptiques possibles, de peur de transformer la collection utérine en pyomètre (obs. VII, IX, X).

PRONOSTIC

Quel est le pronostic que comporte l'hématométrie post-partum ? Pour l'établir on se basera sur l'état de santé général de la femme, sur le développement de la tumeur abdominale, sur les difficultés opératoires, sur l'ancienneté de la maladie, celle-ci étant d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne. On devra aussi chercher s'il n'existe pas d'hématosalpinx, si les trompes et l'utérus n'ont pas contracté des adhérences, s'il n'y a pas enfin d'épanchement dans le péritoine. Dans la grande majorité des cas le pronostic à porter en présence d'une hématométrie est des plus *réserve*. Abandonnée à elle-même, en effet, la maladie évoluera souvent vers la mort ; exception étant faite cependant pour les cas très rares où les femmes arrivent à la ménopause peu après les accidents du début de l'affection. Si aucune des complications terribles que nous avons signalées (rupture, infection) ne se produit, c'est après un temps plus ou moins éloigné, la fin de la malade dans les souffrances

et la cachexie. Même dans les cas où la rupture spontanée de l'obstacle a permis à l'hématome intra-utérin de se vider, nous devons envisager l'avenir sous toutes réserves. C'est qu'en effet, par cette ouverture souvent insuffisante, l'utérus se draine mal et l'infection a tôt fait de gagner ce milieu de culture qu'est l'épanchement sanguin. Cette ouverture peut du reste se refermer après l'évacuation et l'infection du sac ; mais la poche, se remplissant à nouveau, entretient une suppuration continuelle jusqu'à ce qu'enfin survienne une péritonite ou une septicémie.

Le pronostic *opératoire*, sensiblement amélioré de nos jours, était il n'y a pas encore bien longtemps, très grave lui aussi. Les vieux chirurgiens qui s'étaient attaqués à cette maladie avaient été vite découragés par leurs échecs successifs et avaient préféré abandonner les malades à l'évolution de leur affection, plutôt que de les voir mourir presque à coup sûr après leur intervention. Boyer, Cazeau, Dupuytren déconseillent très fortement l'opération.

Une des grandes craintes de ces chirurgiens était la *rupture tubaire* qu'ils avaient observée souvent à la suite d'hématométrie compliquée d'hématosalpinx. Aussi pour éviter cet accident et empêcher en même temps l'entrée de l'air, visaient-ils lentement la cavité utérine en ponctionnant simplement la collection sanguine (obs. X). Celle-ci se vidait mal et devenait un milieu de culture parfait pour les microbes apportés par le trocart. D'autres opérateurs plus hardis ouvraient largement la poche sanguine mais ils en détergeaient insuffisamment

les parois et c'était encore là la cause d'une infection grave (obs. XV, XXII).

Depuis l'ère antiseptique, les risques d'infection étant bien diminués, l'audace des chirurgiens est devenue plus grande et les résultats obtenus permettent d'envisager l'avenir des femmes atteintes d'hématométrie sous des couleurs moins sombres.

TRAITEMENT

La marche de cette maladie étant presque toujours fatale, la femme condamnée à d'horribles souffrances et sous le coup d'accidents subits et presque toujours mortels, un traitement et un traitement chirurgical s'impose.

Mais à quel moment doit-on opérer? Certains chirurgiens ont attendu pour procéder à leur intervention la période des règles, de façon à avoir une tumeur plus volumineuse, plus accessible et se contractant avec plus d'intensité (obs. V, XXIII, XXVI). D'autres, et c'est le plus grand nombre, ont opéré en dehors des crises avec des résultats aussi satisfaisants.

Dans les cas ordinaires, l'intervention sera des plus simples. Après avoir assuré au préalable l'évacuation de la vessie et du rectum, après avoir procédé par les moyens habituels à l'asepsie de la vulve et du vagin, on *ponctionne* la tumeur du vagin qui vient bomber dans le fond de ce conduit. On fait cette ponction au bistouri, à l'endroit présumé du col ou au milieu de la tu-

meur. Ceci fait, on agrandit au bistouri ou aux ciseaux la boutonnière commencée. Le liquide sanguin s'écoule et l'on règle cet écoulement en le modérant surtout si on est en présence d'une hématométrie volumineuse. On fait ensuite une irrigation intra-utérine pour évacuer le restant du liquide menstruel ; on explore toute l'étendue de la poche et, s'il y a lieu, on déterge les parois de celle-ci avec le doigt, avec une pince montée d'un tampon d'ouate ou même avec la curette prudemment maniée. On peut alors, comme le recommande M. le professeur Brindeau, faire un *surjet* sur les lèvres de la plaie pour éviter l'obturation consécutive de l'orifice (obs. I, II). On fait ensuite un tamponnement utérin. Quelques opérateurs mettent un *drain* dans la cavité utérine pour éviter toute rétention de liquide dans cet organe. Ce drain sera maintenu jusqu'à ce que l'orifice soit bien constitué, l'utérus bien détergé et revenu à des dimensions normales.

Par la suite, il sera nécessaire dans certains cas de dilater aux bougies de Hégar ce nouvel orifice, s'il avait des tendances à se sténoser (obs. V).

Dans les cas exceptionnels où l'atrésie porte seulement sur l'orifice interne du col et où celui-ci est presque entièrement conservé, il y aurait peut-être lieu d'avoir recours à la *stomatoplastie* par évidemment commissural du professeur Pozzi ou à l'intervention que Jayle préconise dans l'amputation du col, intervention où l'auteur combine à la fois divers procédés (1).

1. JAYLE. *Presse médicale*, 24 nov. 1906, n° 94, p. 762.

La *ponction simple* de l'hématomètre, pratiquée autrefois, n'est plus de mise et doit être rejetée pour les raisons développées plus haut (obs. X, XXI).

Lorsque le vagin est rempli de tissu cicatriciel, il est bien difficile de pouvoir atteindre la tumeur par cette voie. Dans un cas (obs. XIV) on a dû sculpter dans le tissu de cicatrice un nouveau vagin pour parvenir jusqu'à la collection sanguine. Dans des cas de ce genre, surtout lorsque l'utérus paraît avoir contracté de nombreuses adhérences avec les organes qui l'avoisinent, il est plus rationnel de recourir à une laparotomie suivie d'*hystérectomie* (obs. VIII).

Si l'hématométrie est compliquée d'hématosalpinx, la conduite opératoire sera la même que dans les cas généraux. Après l'évacuation de l'utérus, la collection tubaire se videra ou se résorbera peu à peu. Bien au contraire, si l'hématosalpinx persiste ou donne lieu à des complications, on procédera après laparotomie à une *salpingectomie*.

SUITES OPÉRATOIRES

Les suites de cette intervention, déplorables autrefois comme nous l'avons déjà dit, puisque la mort s'ensuivait presque toujours, sont moins à redouter aujourd'hui.

Lorsque tout marche à souhait, il est surprenant de voir la transformation qui s'opère chez les malades ; c'est une véritable résurrection que l'on constate chez elles. Ces femmes, qui la veille étaient en proie aux douleurs les plus violentes, immobilisées dans leur lit, pâles, le facies crispé, dans un état de maigreur et de cachexie plus ou moins accentué, se trouvent dès l'opération dans l'état le plus satisfaisant. Les douleurs ont cessé, le calme renaît, l'appétit s'accroît de plus en plus, toutes les fonctions de l'organisme se rétablissent peu à peu, si bien qu'en peu de jours ces femmes, complètement guéries, peuvent reprendre leurs occupations journalières.

L'intervention opératoire est suivie quelquefois de complications infectieuses plus ou moins graves. On constate de la température, des frissons, des signes de

pelvipéritonite plus ou moins accentuée. On doit alors vérifier à nouveau l'utérus, s'assurer qu'il ne reste aucun caillot, que le *drainage* des liquides se fait normalement et aseptiquement et qu'il n'y a pas de stagnation dans la matrice. Dans la majorité des cas, en effet, les phénomènes infectieux observés sont dus à un obstacle quelconque favorisant la rétention et l'infection de l'utérus (obs. IV, XI, XV, XXI).

Les résultats plus *éloignés* de l'opération sont des plus encourageants. Les règles reviennent à leur époque habituelle ; elles ne sont plus douloureuses. Dans la majorité des cas on constate seulement qu'elles sont plus abondantes que par le passé et qu'elles ont une durée plus longue.

L'*état général* des femmes est entièrement modifié et c'est dans un aspect florissant qu'on les retrouve plusieurs mois après l'opération.

Les *récidives* d'hématométrie post-partum n'ont été signalées dans aucune observation.

Un point qu'il est tout particulièrement intéressant de mentionner, c'est la possibilité qu'ont les femmes opérées d'hématométrie post-partum, de redevenir *enceintes et d'accoucher normalement*. Dans deux cas, les femmes ont conduit leur grossesse à terme et ont accouché sans aucun incident (obs. VI, XXVIII) ; l'une de ces femmes (obs. XXVIII) depuis son opération a eu trois accouchements normalement effectués.

OBSERVATIONS

Observation I

BRINDEAU. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*,
séance du 2 juillet 1908.

M^{me} X..., 27 ans, se présente à l'hôpital Saint-Antoine en 1904 pour y être délivrée. Elle était accouchée chez elle, mais au moment de l'extraction du placenta le cordon s'était rompu et il fallut pratiquer la délivrance artificielle qui fut assez pénible.

Les suites de couches furent pathologiques et l'on fut obligé de procéder au curetage suivi d'une cautérisation à l'iode. Elle resta à l'hôpital pendant un mois, puis fut soignée chez elle pour une salpingite. Son médecin lui aurait fait quelques pansements intra-utérins.

Les dernières règles datent d'avril 1904, puis elles cessent brusquement. Depuis ce temps, à chaque époque menstruelle se produisent des douleurs violentes dans l'abdomen s'accompagnant de pesanteurs du côté du périnée. En même temps survient une constipation opiniâtre. Ces douleurs cessent au bout de deux à trois jours, mais la femme garde une sensibilité continue dans tout l'abdomen.

A l'examen par le palper, on trouve une tumeur arrondie, régulière, remontant jusqu'au pubis et donnant l'impression d'un utérus gravide. Au toucher, on arrive directement à quelques centimètres de la vulve sur une tumeur arrondie, grosse comme une orange qui bombe dans le vagin. Cette tumeur est très régulière, rénitente, et il est absolument impossible d'y trouver ni saillie, ni dépression rappelant le col ou l'orifice du col. Les culs-de-sac vaginaux sont complètement distendus. Le cul-de-sac postérieur seul est assez profond. Au toucher, palper combinés on voit que l'ensemble de la tumeur a la forme d'une brioche dont la partie inférieure paraît constituée par la cavité cervicale distendue, et la partie supérieure par le corps utérin refoulé en haut. On sent également qu'il existe une antéflexion du col sur le corps et une tension marquée des ligaments ronds.

On se décide à intervenir. Après avoir exposé aux regards la tumeur vaginale à l'aide d'une valve, j'incise en plein milieu de la tumeur avec un bistouri étroit, il s'écoule immédiatement environ un grand verre de liquide noirâtre, sirupeux, absolument inodore. L'incision est agrandie et la cavité explorée montre que c'était bien le col qui était surdistendu tandis que le corps utérin dur et rétracté était refoulé en haut. On place un surjet sur l'incision, la cavité est bourrée d'une mèche.

Suites opératoires normales. Dix jours après l'opération les règles sont revenues sans douleurs.

Examinée trois mois après la femme a une menstruation régulière. On sent au palper une salpingite gauche qui avait été constatée lors de l'opération. S'agit-il d'une hématosalpinx ? c'est probable, car cette complication se rencontre assez souvent.

Observation II

BRINDEAU. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris.*

Séance du 2 juillet 1908.

Il s'agit d'une femme de 27 ans pour laquelle je fus consulté en octobre 1907 pour terminer un accouchement difficile. La femme était en travail depuis deux jours, elle présentait de l'albumine dans les urines et le médecin craignait l'éclampsie. Ayant constaté la présence d'une viciation pelvienne, je la décidai à entrer à Saint-Antoine. Je terminai la dilatation à l'aide des doigts et comme la femme était très fatiguée, que l'enfant avait perdu son méconium et qu'on entendait les bruits du cœur d'une façon à peine perceptible, je fis la basiotripsie. L'opération fut des plus pénibles à cause d'un rétrécissement général du bassin et d'une rigidité particulière des parties molles. L'enfant était en outre très volumineux (4.300 grammes). Il y eut déchirure du vagin et du périnée et hémorragie très abondante quelques heures après la délivrance.

Cette malade, grande nerveuse, fut prise d'accidents infectieux graves, compliqués d'une manie aiguë. Elle resta pendant un mois à l'hôpital et quand elle retourna chez elle son état mental était encore très inquiétant. Elle fut complètement rétablie au bout de quatre mois. Mais ses règles ne revinrent pas. En même temps la femme se plaignait de douleurs vives dans le ventre et dans les reins, douleurs qui s'exagèrent tous les mois.

Elle revient me consulter en mai 1908. Je constate la présence d'une petite tumeur abdominale, et par le toucher j'arrive dans un vagin cicatriciel qui contient une tumeur arrondie,

grosse comme une mandarine qui fait corps avec l'utérus. Il est impossible de trouver l'orifice du col, cependant en un point il semble qu'on sente une petite dépression irrégulière.

L'opération fut faite le 13 mai. Je procédai de la même façon que précédemment. Ponction au bistouri, élargissement de l'incision, suture, tamponnement. Je terminai par une périnéorrhaphie.

Suites opératoires normales. Un fil périnéal n'a pas tenu.

Cette femme a eu ses règles depuis sans accidents.

Observation III

M. SAUVAGE, chef de clinique à la Faculté, in *thèse de KASANSKY*, Paris, 1905-1906.

Femme de 36 ans, présentant toutes les apparences d'une bonne santé et disant n'avoir jamais été malade. Réglée depuis l'âge de 17 ans, régulièrement toutes les 4 semaines.

Les dernières règles remontent du 24 au 29 novembre 1903. La grossesse évolue sans incident et le travail débute le 26 septembre et s'annonce comme devant marcher rapidement, mais peu à peu les contractions deviennent moins fréquentes et dans l'après-midi du 27 septembre le travail cesse presque complètement.

Le 29 septembre. — Température : 38°5 ; les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. La femme entre à la clinique Baude-locque dans un état grave. Une odeur infecte se dégageait par la vulve. Les gaz dus à la putréfaction de l'œuf distendaient l'utérus qui présentait dans toute son étendue une sonorité tympanique et dont le fond remontait à 41 centimètres au-dessus du pubis.

Le diagnostic s'imposait, et avec lui, l'indication d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible. Une basiotripsie nous permit de retirer un enfant pesant 3,300 grammes sans matière cérébrale. Derrière lui sortirent des gaz et des liquides d'odeur repoussante. La délivrance artificielle fut faite. On constata quelques déchirures du col. Les suites immédiates furent marquées par de la température et des lochies fétides ; mais au sixième jour tout était rentré dans l'ordre.

Le 15 février 1905. — Cette femme revient à la clinique. Elle a recouvert ses forces et présente toutes les apparences d'une parfaite santé. Mais elle est inquiète de n'avoir pas eu de retour de couches et d'éprouver par intervalles des douleurs dans le ventre. A l'examen je trouve le corps de l'utérus manifestement augmenté de volume, formant une tumeur régulière et molle dont le fond est à deux travers de doigt au-dessus du pubis et dont la partie basse déborde le col. Les résultats de l'examen semblent tout à fait caractéristiques. Je pense qu'il s'agit d'une grossesse.

Le 22 avril. — Deuxième consultation. Aux époques correspondantes aux règles il y a eu des douleurs dans le bas-ventre, quelques malaises généraux et un peu de gonflement des seins mais aucun écoulement. Je constate à nouveau l'augmentation de volume de l'utérus dont le fond est à trois travers de doigt au-dessus du bord de la symphyse. Mais je remarque que cette augmentation est à peine plus marquée que lors de mon premier examen qui date déjà de plus de deux mois, et je pense que l'œuf est peut-être arrêté dans son développement.

Le 28 mai. — L'utérus est nettement moins volumineux qu'à l'examen précédent et je ne doute plus qu'il ne s'agisse de la rétention d'un œuf mort.

Le 8 août. — La femme revient, racontant qu'à l'époque de ses règles, toujours absentes d'ailleurs, elle avait ressenti des douleurs tellement violentes dans le bas-ventre et dans les reins qu'elle avait dû garder le lit chaque fois pendant deux jours.

A l'examen l'utérus est toujours augmenté de volume et de consistance élastique et rénitente. Son fond est un peu plus élevé qu'au mois de mai. Le col qui jusque-là avait paru normal est maintenant de consistance très dure, percé d'un orifice étroit à bords rigides.

Au spéculum le col est percé d'un orifice étroit, il est vrai, mais parfaitement perméable et dans lequel on peut apercevoir un peu de la muqueuse qui tapisse le canal cervical.

Le 14 octobre. — Je constate que le col ne présente plus aucune trace d'orifice. Le museau de tanche, examiné au spéculum, a l'aspect d'un cône portant à son sommet une cicatrice blanchâtre linéaire et transversale d'où partent en rayonnant quelques tractus qui remontent vers l'insertion vaginale sans l'atteindre.

L'un des tractus part de l'extrémité gauche, l'autre de l'union du tiers externe gauche avec le tiers moyen de la cicatrice. Le premier occupe la région de la commissure ; l'autre chemine obliquement sur la lèvre postérieure en se rapprochant de la ligne médiane. Deux autres petites traînées de tissu cicatriciel occupant la commissure droite et la lèvre antérieure complètent l'aspect étoilé de la cicatrice. La lèvre antérieure du col étant saisie avec une pince à griffes j'essaie d'introduire la pointe de l'hystéromètre à travers la cicatrice. Malgré une pression énergique je n'arrive à effondrer nulle part le tissu cicatriciel.

La malade fut gardée dans le service et trois jours après sa rentrée, à l'époque correspondante des règles, elle fut prise de

douleurs très violentes dans le ventre avec vomissements bilieux et alimentaires. Ces accidents s'accompagnèrent d'une augmentation très considérable du volume de l'utérus qui dépassa celui de deux poings d'adulte. Au bout de quelques jours ces accidents disparurent et l'utérus reprit ses dimensions.

Le 25 octobre. — M. Potoki intervint pour rétablir la perméabilité du canal cervical. Le col représentait un moignon cicatriciel plein, dans lequel il fut impossible de retrouver la trace du canal, si ce n'est au voisinage immédiat de l'orifice interne.

Au moment de la pénétration de la sonde dans la cavité du corps de l'utérus il s'écoula une notable quantité de sang noir et visqueux, sans caillots.

Les règles reparurent pour la première fois du 6 au 12 janvier et s'accompagnèrent de l'expulsion d'une grande quantité de sang noir.

Depuis, les règles sont revenues régulièrement toutes les 4 semaines. Elles durent cinq à six jours et sont seulement plus abondantes qu'avant la grossesse.

La femme a été revue plusieurs fois depuis l'opération ; la dernière fois le 10 juin 1906.

L'utérus est revenu à son volume normal, l'orifice cervical se présente sous l'aspect d'une large fente transversale allant d'un cul-de-sac à l'autre.

Observation IV

CH.-L. GAUTHIER, clinique chirurgicale de la Faculté de Lyon.
Ann. de gyn. et obst., février 1904, 2^e série, t. I, page 104.

Marie S..., âgée de 34 ans, entre le 26 août 1902 à la clinique gynécologique de la Charité.

Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la terminai-

son d'une grossesse survenue en 1899. Cette grossesse est la seule qu'ait présentée la malade.

L'accouchement eut lieu le 28 mai 1899 et fut très laborieux.

« Quand je fus appelé, dit le médecin, les grandes douleurs duraient depuis vingt-quatre heures. L'enfant se présentait en **O I D P**. Le toucher révélait la présence de la lèvre antérieure tuméfiée, comprimée entre le pubis et le sommet. La poche des eaux s'était rompue dès le début des grandes douleurs.

« J'appliquais le forceps et après des tractions extrêmement laborieuses, je pus extraire un enfant mort, très volumineux, dont le poids pouvait être évalué à 10 ou 11 livres, sans exagération ; la tête énorme présentait de l'hydrocéphalie.

« Je fus appelé trois jours après auprès de l'accouchée dont les lochies fétides contenaient des débris sphacelés sans que la malade eût de la température. Je constatais du sphacèle de la lèvre antérieure du col et un mauvais aspect de la plaie du périnée rompu et suturé après l'accouchement. Les lavages au permanganate de potasse modifièrent rapidement la nature de l'écoulement lochial. La gangrène fut limitée au col, si bien que la malade était rétablie au bout de dix-neuf jours et pouvait vaquer à ses occupations. »

La malade se remit donc bien de cette grave aventure. Un phénomène frappa cependant son attention : elle n'était pas réglée. Comme cette suppression de l'écoulement menstruel ne s'accompagnait pas de douleurs ni d'aucun autre symptôme fonctionnel, elle ne s'inquiéta pas. En août 1901, des douleurs commencèrent à être ressenties ; elles survenaient tous les mois, duraient trois ou quatre jours, puis disparaissaient. Elles tenaient lieu de l'écoulement menstruel absent. La malade les supporta pendant un an, puis voyant que son mal allait empirant, que

les douleurs duraient plus longtemps et qu'elles étaient plus fortes, elle consulta le médecin qui l'avait accouchée. Celui-ci constata que « l'utérus était volumineux, douloureux au toucher, que le col était atrésié, dur et effacé ». Il posa l'indication de la dilatation du col pour hématométrie et envoya la malade à la Charité.

A l'entrée on constate que l'utérus a le volume d'une grossesse de quatre à cinq mois, le fond est à l'ombilic. Il est dur, rénitent, un peu plus mou que s'il s'agissait d'un fibrome ordinaire. L'augmentation du volume de l'organe est surtout le fait de la distension du segment inférieur qui est arrondi, sphérique et distend le vagin; le corps du reste est moins gros et a conservé sa forme générale. Au centre de la sphère cervicale, le doigt sent une dépression ombiliquée qui représente le col.

Le diagnostic d'hématométrie par atrésie cicatricielle du col est posé et une dilatation de celui-ci est décidée. L'opération est pratiquée le 28 août 1902. La dilatation cervicale permet d'évacuer 1 litre environ d'un liquide chocolat, de consistance sirupeuse, inodore, ne contenant pas de caillots. On laisse un drain dans la cavité cervicale.

Pendant trois jours la température reste normale. Le 31 août le drain cervical tombe dans le vagin; il n'est pas remplacé.

Le 1^{er} septembre. — Une température de 38°7 le soir vient souligner l'insuffisance du drainage.

Le 2 septembre. — On remet un drain dans l'utérus.

Le 7 septembre. — La température est retombée progressivement à la normale. Le drain est enlevé.

Le 11 septembre. — On constate que l'utérus revient lentement sur lui-même, il est encore très volumineux, la tempéra-

ture remonte à 38°5, le liquide utérin est puriforme. On commence une série de lavages intra-utérins quotidiens.

Le 15 septembre. — La malade a eu un frisson la veille au soir ; elle a eu 40° après. On pense qu'il y a de la rétention intra-utérine et on fait une anesthésie pour explorer complètement l'utérus. Le doigt introduit dans le col reconnaît alors une cavité de la dimension d'un œuf de poule, constituée par le segment inférieur dilaté ; celle-ci présente en haut un petit orifice de communication avec une seconde poche correspondant au corps ; le doigt ne peut pénétrer dans cet orifice dont les bords sont froncés et résistants. On dilate alors fortement l'orifice externe du col. Le doigt introduit plus commodément peut dès ce moment guider les bougies de Hégar qui forcent le diaphragme ; deux cuillerées à soupe de pus s'échappent ; c'était leur rétention qui déterminait les phénomènes fébriles observés. Un gros drain est introduit jusqu'au fond de l'utérus ; il est fixé solidement au col par deux points de suture.

En deux jours la température revient à la normale et s'y maintient définitivement. Le drain est enlevé le 24 septembre. L'écoulement est devenu insignifiant. La malade sort le 27 septembre apyrétique depuis dix jours ; son état général est bon. Le col se maintient béant. L'utérus a un volume double de la normale.

Voulant nous renseigner sur les suites éloignées de la cure mouvementée de cette hématométrie nous avons écrit à la malade. Voici ce qu'elle nous dit sur son état à la date du 9 décembre 1903, plus d'un an par conséquent après sa sortie de la Charité :

« Ma santé générale est très bonne. Je n'ai pas eu d'enfant. Mes règles ont été régulières les quatre premiers mois qui ont suivi mon retour. Maintenant elles viennent irrégulièrement

tantôt tous les mois, tantôt tous les quinze jours, d'autres fois tous les huit jours. Je perds très peu, je ne souffre pas, la plus longue durée des époques est de trois jours. J'ai des rapports avec mon mari sans que cela me fatigue. »

Observation V

M. G. FIEUX, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux. —

Ann. gyn. et obst., 1903, t. II, page 331.

Il s'agit d'une dame G..., âgée de 37 ans, toujours bien portante et bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Les règles venaient régulièrement.

Elle devient enceinte et le 14 octobre 1902, étant à terme, elle entre en travail. La dilatation est longue et l'expulsion impossible. Un médecin appelé est obligé de recourir à trois applications de forceps. L'instrument dérape deux fois avec beaucoup de force; ce n'est qu'à la troisième reprise, très laborieuse, qu'il entraîne avec énormément de difficultés un gros enfant du sexe masculin, qu'il est impossible de ranimer et dont la tête présentait, paraît-il, des traces de traumatisme intense.

La sage-femme qui a assisté à l'accouchement et donné les soins dans la suite, a remarqué l'existence de dilacérations multiples et profondes du côté du col et des parois vaginales. Du reste, dans les cinq ou six jours qui suivent, on assiste à l'expulsion de débris sphacelés et noirâtres, à odeur légèrement fétide. Malgré cela, l'état général reste assez bon et, pendant les premiers jours, les lochies sont abondantes et normales. Mais à partir du dixième jour, l'écoulement lochial se tarit brusquement;

à dater de ce jour toute perte génitale est complètement supprimée.

Cette dame se lève au bout d'un mois, et c'est en vain qu'elle attend son retour de couches. Elle remarque seulement vers le quarantième jour qui suit l'accouchement des douleurs de reins excessivement vives qui persistent une quinzaine de jours. Au mois de décembre et janvier, les règles ne se montrent pas davantage ; les douleurs de reins et du bas-ventre persistent et s'exagèrent.

A partir des premiers jours de février, c'est-à-dire trois mois et demi après l'accouchement, les douleurs dans les reins sont constantes et particulièrement aiguës, surtout dans la position couchée ou assise. C'est à tel point que la malade passe ses nuits sur un fauteuil, couchée sur le côté et qu'elle prend ses repas debout.

Cette absence de règles lui donne à supposer qu'elle est à nouveau enceinte, d'autant plus qu'elle ressent du côté de l'estomac des troubles qui lui rappellent absolument le début de sa première grossesse. Tel est également l'avis de son médecin.

C'est dans cet état d'esprit qu'elle se rend chez moi le 24 février 1902 pour que je puisse lui confirmer le diagnostic de grossesse. Par le palper, on trouve une tumeur hypogastrique médiane, assez régulièrement sphérique et remontant à 10 centimètres au-dessus du pubis. On dirait un utérus gravide de trois mois à trois mois et demi. Par le toucher, on constate au fond du vagin une sorte de calotte tendue et saillante qui est séparée des parois vaginales par un sillon circulaire. Nulle part, le doigt ne parvient à découvrir la saillie du col. Cette surface, qui bombe fortement, est lisse et d'une régularité parfaite dans toute son étendue ; pas la plus petite aspérité, pas le moindre point faible

pouvant rappeler le museau de tanche ou l'orifice externe. Le palper bi-manuel permet d'apprécier une fluctuation assez obscure se transmettant de la tumeur hypogastrique à la tumeur vaginale.

L'examen direct au spéculum montre au fond du vagin une volumineuse tuméfaction d'un rouge violacé; un peu en arrière et à gauche du pôle de celle-ci existe une petite plaque, grande comme une pièce de 50 centimes, de couleur ardoisée. Je posai le diagnostic d'hématométrie par oblitération cicatricielle du col. Les annexes ne présentaient aucune modification appréciable.

Le lendemain matin, pendant qu'elle est aux cabinets, elle remarque que sa chemise est tachée de sang et brusquement, elle perd en grande abondance du sang noir, sirupeux, et quelques caillots. Puis s'installe un suintement qui persiste jusqu'au soir.

Le 8 mars. — Cette dame recommence à souffrir un peu des reins et revient me voir. Je trouve alors un utérus de volume à peu près normal. Au fond du vagin est un col dont la moitié gauche est comme abrasée et fibreuse. Il est impossible de trouver un orifice même avec un très fin stylet. De la partie gauche du col partent deux arcs fibreux très résistants et tendus qui sillonnent la voûte du vagin pour se perdre sur la face latérale gauche. Je donne rendez-vous à cette dame pour le moment où se produira une nouvelle crise. Dans la nuit du 17 au 18 mars, elle éprouve de nouvelles douleurs dans les reins et le bas-ventre et perd quelques gouttes de sang, d'abord noir, puis bien rouge; elle se rend chez moi le 19. Au niveau du col, je constate un suintement très discret de sang épais, noir et mélangé de pus. Ni stylet, ni hystéromètre ne peuvent franchir le petit orifice

punctiforme que représente l'orifice externe. Un coup de bistouri à lame très mince donne issue à une assez grande quantité de liquide hématique et purulent. L'hystéromètre s'enfonce alors à 9 centimètres. Les tiges de Hégar nos 4, 5 et 6 sont ensuite passées avec assez de facilité. Le lendemain nouvelle séance de dilatation avec les bougies 6, 7 et 8 et lavage avec la sonde irrigatrice de Segond :

Le 24 mars, troisième séance de dilatation, nouveau lavage et mise en place d'une tige-drain d'aluminium « modèle de Lefaur », maintenue par le pessaire d'aluminium de Sengensse.

Je ne revois plus cette dame que deux mois après cette dernière petite intervention. Les douleurs ont complètement disparu. Le 15 avril et le 10 mai, les règles se sont montrées tout à fait normales et indolentes. J'enlève alors la tige d'aluminium, je passe facilement à sa suite les bougies de Hégar nos 6, 7 et 8 et je mesure l'utérus, dont la cavité n'excède pas maintenant 7 centimètres. Je procède également à l'examen du bassin de cette dame, dont la taille est petite et les membres courts, quoique non déformés. Il s'agit d'un bassin rachitique, à type annelé, dont le promontoire assez élevé est à 10 centimètres du sous-pubis. Depuis cette époque, j'ai eu à plusieurs reprises des nouvelles de cette malade et j'ai appris que sa santé s'est maintenue excellente.

Observation VI

WITTHAUER, *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie*, févr. 1899, t. IX, fasc. 2, p. 205, analysé in *Revue gyn. et chir. abd.*, 1900, p. 353.

Femme de 23 ans, réglée à l'âge de 15 ans et ayant déjà supporté trois couches, dont la dernière, de date non précisée, fut

suivie de fièvre. La malade ne sait pas si elle a eu ses règles depuis. Elle était presque constamment souffrante et ressentait de fortes douleurs. Depuis, amaigrissement.

L'abdomen est très douloureux et gonflé comme dans les derniers mois de la grossesse. On sent au palper une tumeur volumineuse, remontant à l'ombilic, manifestement utérine. Cicatrices vaginales empêchant de sentir le museau de tanche.

Déchirures des adhérences vaginales au doigt. Incision de l'utérus à l'endroit présumé du col. Issue de 2 litres de sang. Tamponnement de l'utérus. Suites opératoires excellentes. Un an plus tard, grossesse terminée par un accouchement normal.

Observation VII

DELORE. *Ann. gyn. et obst.*, 1897, p. 425.

Femme D..., 41 ans, entrée le 9 décembre 1896, à la Charité de Lyon; ménagère.

Cette femme n'a pas d'antécédents pathologiques, et en particulier n'a jamais présenté aucune lésion appréciable du côté des organes génitaux. Elle a eu six accouchements absolument normaux; le dernier eut lieu il y a deux ans exactement et fut normal et même assez rapide. Commencé à 8 heures du matin, il était terminé à midi sans accident appréciable, sans intervention. Les suites en furent simples. La malade affirme qu'elle n'a jamais été brûlée par des injections trop chaudes et qu'elle n'a jamais subi de traitement gynécologique quelconque. Elle n'a pas été examinée par un médecin, depuis son accouchement jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Cette femme a nourri son dernier enfant pendant seize mois ses règles ne revenant pas, elle n'était pas étonnée, attribuant

leur absence au nourrissage. Quand elle se présenta à l'examen, elle avait sevré son enfant depuis huit mois et depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis deux ans, elle n'avait plus eu ses règles, ni aucune perte vaginale de quelque nature. Quatre mois avant son entrée, elle ressentit dans le bas-ventre quelques douleurs d'abord vagues, bientôt plus violentes avec exacerbation à certains intervalles. Il y a un mois, elle s'aperçut enfin de l'apparition d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque droite. D'abord petite, cette grosseur augmenta peu à peu. Depuis huit jours, les douleurs sont devenues presque continues, la malade est agitée et présente quelques frissons, surtout le soir.

A l'entrée on constate l'existence d'une tumeur prédominante dans la fosse iliaque droite et se prolongeant en bas dans le bassin. Cette tumeur est fluctuante, relativement mobile et manifestement développée aux dépens de l'utérus et du vagin. Le toucher vaginal fait constater l'absence des culs-de-sac, l'absence du col de l'utérus; mais à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice vulvaire, le doigt sent une membrane tendue, de consistance uniforme et très fluctuante. Cette membrane ferme en bas la tumeur liquide, qui s'élève en haut, comme nous l'avons vu, jusque dans la fosse iliaque droite.

On pratique alors une petite ponction de la membrane qui cloisonne le vagin et aussitôt on voit s'écouler un verre environ de liquide brun chocolat, épais, visqueux, absolument caractéristique et confirmant pleinement le diagnostic. A la suite de cet écoulement, la tumeur abdominale semble disparaître et la malade, qui souffrait beaucoup, est immédiatement soulagée. Le lendemain, on pratique un débridement vaginal sur la membrane; puis un lavage minutieux de la cavité est pratiqué à

cause de la température qui atteint déjà 39°5 ; enfin on pratique le tamponnement iodoformé.

Les jours suivants, comme la température est toujours élevée, on enlève la mèche et on pratique deux lavages antiseptiques par jour. Malheureusement l'infection est trop intense et la malade meurt cinq jours après son entrée, avec les signes d'une septicémie péritonéale à marche rapide.

Autopsie. — On constate une péritonite suppurée généralisée par le mécanisme de la propagation car il n'y a pas de solution de continuité du péritoine et les orifices abdominaux des trompes ne semblent pas dilatés. On ne trouve pas d'hématosalpinx, ni salpingite ancienne ou récente.

L'infection partie de l'utérus dilaté a suivi les ligaments larges, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou sanguins ; en effet, la base des ligaments larges est complètement infiltrée par le pus à droite et à gauche. Pas d'orifices faisant communiquer les zones infiltrées avec l'utérus, le vagin ou le péritoine.

L'utérus est en position normale, d'un volume double avec le fond à 3 centimètres au-dessus de la symphyse. Col est dilaté, l'orifice externe très aminci. Il y avait hémocolpos et hémato-métrie simultanée. La cavité cervicale est donc très dilatée ; l'orifice interne dilaté laisse passer l'index ; enfin la cavité du corps utérin normalement virtuelle est ici très manifeste. L'épaisseur de l'utérus est plus considérable que normalement. Rien à noter aux autres organes.

Observation VIII

KHODOKOWSKI. *Soc. méd. de Kazan*, 1899, in *Wratch*, 1897, n°8.

Femme de 29 ans. Dans les antécédents remontant à quatre ans, on note un accouchement très laborieux ayant duré quatre jours et demi. A la suite fistule vésico-vaginale opérée avec succès six semaines après la délivrance. Les règles n'ont pas reparu. Douleurs au moment habituel de celles-ci. Coliques insupportables, continues depuis cinq semaines. Grosse tumeur utérine. Le vagin est atrésié ; c'est un cul-de-sac de 1 centimètre 1/2 de profondeur seulement.

Extirpation abdominale d'un gros hématomètre. Guérison.

Observation IX

DUBREUIL. *Revue de chirur.*, août 1889, p. 677.

M^{me} X..., âgée de 64 ans, sans enfants. Elle eut un an après son mariage une fausse-couche suivie de métrô-péritonite. Ménopause à l'âge de 48 ans. Peu de temps après apparaissent des névralgies lombaires, d'abord rares, puis progressivement plus fréquentes et plus intenses. Sensation de pesanteur dans le petit bassin. Le toucher vaginal dévoile une tumeur du volume d'une orange, située dans l'épaisseur de la matrice, du côté gauche. Cette tumeur fut considérée comme un fibrome interstitiel. Cette tumeur continua à évoluer, augmentant de volume et occasionnant des crises de péritonite. Deux ponctions furent faites dans cette tumeur fluctuante. On retira 1 litre, puis 2 d'un liquide contenant les éléments du sang et de la paralbumine.

La tumeur remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et remplissait la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal on trouvait à la place du col une tumeur conique, à sommet inférieur et arrondi. Nulle trace d'orifice. Les mouvements communiqués à la tumeur abdominale étaient transmis à la tumeur vaginale.

Laparotomie, ouverture de l'utérus, évacuation de la collection liquide ; drainage de la poche par le vagin et l'abdomen. Mort par péritonite.

Observation X

DEREUX. *Thèse de Paris*, 1885-1886.

*Occlusion vaginale avec rétention des règles,
datant de quinze mois, Ponction, mort.*

M^{me} B..., âgée de 28 ans, mariée depuis huit ans, aucune prédisposition morbide ; a deux enfants ; elle eut à la naissance du second une grave hémorragie post-partum, qui dura plusieurs semaines. Elle apprit alors de son médecin qu'elle était atteinte d'une vaste ulcération de la matrice et fut traitée, dit-elle, par les caustiques. Pendant ce temps les règles parurent une fois, après quoi les douleurs pelviennes revinrent régulièrement toutes les quatre semaines, durant de sept à douze jours. Je fus appelé au milieu d'une de ces crises ; je trouvai la patiente émaciée ; anémique, accusant des douleurs intenses dans le dos, les lombes et le bassin. Une tumeur, du volume de la tête d'un enfant à terme, se sentait au-dessus de la symphyse du pubis. Par le vagin, le doigt pénétrait à peu près à deux pouces de profondeur ; là, il était arrêté par une paroi résistante. Partout on

trouvait la même tension, les mêmes surfaces lisses, excepté en un petit point qui était rugueux, surélevé et qui, au premier abord, pouvait être pris pour l'orifice du col.

On pratiqua à l'aide d'un aspirateur une ponction qui confirma le diagnostic en donnant issue à du liquide sombre, couleur chocolat. J'enfonçai un trocart en ayant bien soin de suivre l'axe du canal utéro-vaginal. Le trocart retiré, environ 8 onces de ce liquide sombre et granuleux s'échappent. Pour que l'évacuation se fit graduellement, je n'exerçai aucune pression. Dix jours après l'opération, des signes de péritonite se déclarèrent et la malade succomba.

L'examen post-mortem montra l'existence d'une péritonite généralisée avec adhérences pelviennes. L'utérus était très dilaté et ses parois uniformément amincies de toutes parts; la muqueuse était décolorée. Les ovaires et les trompes de Fallope étaient sains ou tout au plus légèrement congestionnés. L'occlusion vaginale se trouvait à deux pouces au-dessous de l'utérus (Boston, *Med. and. surg. Journal*, 14 février 1878).

Observation XI

DUCROS. *Thèse de Paris*, 1875.

Oblitération du col utérin consécutive à un accouchement laborieux.

Marie B..., âgée de 26 ans, réglée à 17 ans, fut régulièrement menstruée jusqu'à 21 ans, époque à laquelle elle devint enceinte. Elle accoucha d'un enfant mort-né, mais à terme. L'accouchement très laborieux dura trois jours et trois nuits, et fut suivi d'hémorragie grave. Huit jours après, B... éprouvait un senti-

ment de brûlure sur le bas-ventre et dans le fond du vagin ; en même temps elle avait par le vagin un écoulement purulent qui persista un mois. Depuis ce moment, elle n'a plus été menstruée et n'a plus eu aucune espèce d'écoulement.

Mais au bout de huit mois, à l'époque des règles, elle a commencé à souffrir beaucoup ; à chaque retour des mois elle a senti ses douleurs s'aggraver. A la venue des règles elle passait quinze jours dans des douleurs lancinantes, atroces, des reins et surtout du ventre. Elle était prise de fièvre, obligée de s'aliter pendant sept ou huit jours pendant lesquels elle avait des lipothymies, des sueurs, des nausées. Cependant elle n'était pas habituellement constipée, elle urinait facilement et son ventre ne grossissait pas beaucoup ; mais sa santé qui jusque-là avait été excellente fléchissait graduellement.

A son entrée à l'hôpital, le ventre n'est pas très gros, mais, en pressant au-dessus du pubis, on sent un corps globuleux, arrondi, peu résistant. Par le toucher vaginal on arrive facilement au fond du vagin qui est peu profond. Le cul-de-sac postérieur est assez sensible, le cul-de-sac antérieur est moins accusé ; les culs-de-sac latéraux sont effacés et à l'endroit où l'on devrait rencontrer le col utérin avec ses caractères particuliers, on sent une bride transversale, dure, inextensible, d'une longueur de 3 centimètres, placée au niveau d'un corps arrondi que par les mouvements de bascule imprimés on prend pour le col de la matrice. Il semble qu'en ce point cette bride est légèrement déprimée.

Au spéculum, le col n'apparaît pas davantage ; la bride offre l'aspect blanchâtre du tissu cicatriciel ; de cette bride partent en avant et en arrière des rayons disposés comme les barbes d'une plume ; dans la partie moyenne de la cicatrice les rayons

sont plus nombreux, étoilés ; ils convergent vers la petite dépression dont j'ai parlé, et à travers laquelle on ne put découvrir aucune fissure. Si on refoule l'utérus en exerçant des pressions successives sur la paroi abdominale, on voit la bride s'élever et s'abaisser comme la matrice dont elle suit les mouvements. Le vagin présente l'aspect normal.

On opéra la malade huit jours après la fin des douleurs de la menstruation. On pratiqua au bistouri une incision sur le fond de la dépression. Il s'écoula du sang noir et épais (un demi-verre à peu près). Une sonde en gomme fut introduite et fixée dans l'incision

Les suites opératoires furent assez mouvementées ; l'incision s'étant plus ou moins rétrécie, le drainage se fit mal. Consécutivement la malade présenta des signes de péritonite grave. Malgré tout, la malade guérit et un mois après elle écrit qu'elle n'a pas tardé à se remettre complètement, qu'elle a été parfaitement menstruée et que sa santé redevient tous les jours plus florissante.

J'ai voulu avoir encore de ses nouvelles vingt mois après l'opération. Elle m'a répondu qu'elle n'était pas redevenue enceinte, qu'elle avait ses règles tous les mois et qu'elle souffrait un peu, pendant un jour seulement à chaque époque menstruelle.

Observation XII

DUCROS. *Thèse de Paris*, 1875.
*Oblitération du col consécutive à l'inflammation
provoquée par une fausse couche*(1).

La femme D..., âgée de 26 ans, se présente à la clinique; elle se plaint de malaise général; elle est mariée depuis six ans. Elle a eu deux enfants. Un an après son second accouchement, elle a fait une fausse-couche qui a été suivie d'une métrite; mais la malade n'a pas revu ses règles; tous les mois, à l'époque où elles devaient venir, des douleurs terribles se sont manifestées dans le bas-ventre; c'est en vain que diverses médications ont été tentées.

A l'examen, on constate facilement la présence d'une grosse tumeur dans la région hypogastrique; un trocart courbe est introduit le long de l'index jusqu'à la partie inférieure du col et une ponction est faite dans une direction parallèle au grand axe de l'utérus; on place sur le champ, dans l'ouverture, la sonde de Simpson par laquelle il s'écoule immédiatement 2 litres de sang noir, mélangé de caillots. Une bougie est ensuite fixée à demeure pendant huit jours. La malade guérit.

Observation XIII

SANDIFORT, obs. Anat. Path. lib. II, cap. II, p. 69, d'après
SCHUTZER, in DUCROS. *Thèse de Paris*, 1875.
Oblitération du col consécutive à un accouchement.

Dix mois après son accouchement, cette femme fut en proie à des douleurs violentes et semblables aux douleurs de l'enfan-

1. GUNNING BEDFORT. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.

tement. A l'examen l'utérus avait un volume comparable à celui qu'il présente ordinairement au moment de l'accouchement et peut-être même un volume plus grand. Il fut impossible de découvrir l'orifice du col utérin que l'on voyait complètement sténosé. Le sang des menstrues était collecté dans l'utérus ; le col était dilaté et faisait saillie dans le vagin. On enfonça profondément une canule, ce qui permit d'évacuer complètement la collection sanguine. Dès lors la femme se trouva soulagée et la guérison fut complète.

Observation XIV

ROSE. *Monatsch. f. Geburt*, 1867, t. XXIX, S. 292, in DEREUX.
Thèse de Paris, 1885-1886.

Oblitération du vagin dans l'étendue d'un pouce à la suite d'un accouchement laborieux. L'utérus avait le volume du poing. Dissection des tissus oblitérants à l'aide du bistouri, introduction dans le nouveau canal d'une éponge qui est changée tous les jours. Le quatrième jour l'écoulement est fétide ; mort le vingt-unième jour par pyémie. A l'autopsie, on trouve un abcès sous le deltoïde, du pus dans le genou droit ainsi que dans les lymphatiques péri-utérins. Les ganglions lombaires sont tuméfiés ; pas d'exsudat dans le péritoine.

Observation XV

PUECH. *De l'atresie des voies génitales de la femme*,
1864, p. 16. Obs. V.

Le 3 octobre 1860 entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes Pascale V...
âgée de 24 ans. Menstruée à 15 ans, elle l'a toujours été régu-

lièrement ; aucune maladie antérieure. Devenue enceinte, l'accouchement fut laborieux ; le travail dura trois jours et se termina par l'expulsion d'un enfant dans un état de décomposition putride. Au quatrième jour, les lochies exhalèrent une odeur urineuse et les urines furent rejetées par le vagin. A l'examen on constate une fistule vésico-vaginale.

Quelques mois après, la menstruation fit mine de se rétablir ; mais aucun écoulement n'eut lieu. Il en fut de même aux époques suivantes et tous les mois les douleurs s'aggravaient. Ces douleurs durèrent huit jours ; elles ont pour siège l'hypogastre, les lombes et le périnée.

Quand je vis la malade elle était en pleine crise. Les douleurs partant des reins étaient expulsives et présentaient des intermittences. Elles se compliquaient de ténésme anal. Le vagin n'avait que le tiers de sa longueur normale. A 2 centimètres de la vulve existe un cercle cicatriciel et au delà un obstacle infranchissable. En avant, derrière le pubis le doigt pénètre dans la vessie. En déprimant l'obstacle on ne sent pas le col utérin mais on constate une tumeur qui distend la partie supérieure du vagin. Le toucher rectal donne les mêmes renseignements.

La tumeur vaginale fut ponctionnée à travers la vessie avec un trocart. Il s'écoula 250 grammes d'un liquide visqueux, non fétide, couleur lie-de-vin. Le trou de la ponction fut agrandi au bistouri. Quelques jours après l'opération la malade présenta des phénomènes de péritonite qui s'atténuèrent peu à peu et la malade guérit.

Depuis Pascale V... se porte très bien ; mais la menstruation s'accompagne de coliques dues au peu de perméabilité de l'ouverture.

Observation XVI

BILLROTH. *Chir. klin. Zurich*, 1860-1867, p. 352, in DEREUX, *thèse de Paris*, 1885-1886.

Oblitération du col à la suite d'un accouchement. Les accidents duraient depuis moins d'un an. Péritonite subite le quatrième jour, mort en trente-six heures. Les trompes présentaient plusieurs loges remplies de sang; celle de droite était rompue. Ostia uterina très étroits.

Observation XVII

BARNOTTE. *Ann. médic. de la Flandre occident. et Gazette méd. de Paris*, 1857, p. 223, in DUCROS, *thèse de Paris*, 1875.
Atrésie du col consécutive à un premier accouchement. Accidents pendant sept ans. Opération. Guérison.

M^{me} L..., à la suite d'une première grossesse, eut une suppression complète des règles. Dans les premiers temps, cette suppression n'altéra en rien la santé, mais au bout de quelques mois il lui survint dans les lombes, la région inférieure du ventre et le haut des cuisses, des douleurs qui se répétèrent chaque mois en augmentant graduellement d'intensité et de durée. Plus tard, parut au-dessus du pubis une tumeur qui de mois en mois prit un accroissement lent mais continu. En même temps survinrent des vomissements, des coliques, du spasme et quelques signes de grossesse.

Cela durait depuis sept ans, lorsque M. Barnotte fut appelé. Les douleurs étaient très violentes et presque sans relâche. Le ventre était énorme, la miction difficile et parfois impossible;

vomissements, coliques, diarrhée. Par le palper on reconnut une tumeur molle, sans bosselures ni irrégularités, s'étendant du pubis à l'épigastre et de l'une à l'autre fosse iliaque. A l'aide du spéculum on vit que le vagin se terminait en une sorte de demi-sphère à convexité inférieure, très dépressible, fluctuante, n'offrant aucune cicatrice ni indice de perforation antérieure.

La vessie et le rectum ayant été vidés, le spéculum fut appliqué et une ponction fut faite avec le bistouri à travers la demi-sphère existante au fond du vagin. Aussitôt un liquide brun, épais, inodore en jaillit abondamment. L'écoulement continua ensuite d'une manière lente. La plaie fut maintenue béante par des mèches, et des injections fréquentes furent poussées dans la cavité utérine.

Pendant quelques jours tout alla bien, mais bientôt survinrent des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales et des signes de péritonite. Peu après les symptômes cessèrent et la malade guérit.

Quelque temps après elle rendit à plusieurs reprises et par le vagin de longs cylindres qu'elle prit pour des vers. C'étaient des fausses membranes, en forme de tubes, formées dans les trompes par le sang qui s'y était coagulé. Cette dame n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Observation XVIII

BOUCHARD. *Bullet. génér. de thérapeut.*, t. XLIV, 1853, p. 541
in DUCROS, *thèse de Paris*, 1875.

M^{me} G..., 39 ans, ordinairement bien réglée, a eu deux enfants. A la suite d'une chute, elle fait une fausse-couche de deux mois. Consécutivement cette femme fut prise de métrorragies consi-

dérables qui durèrent trois mois. Puis M^{me} G... se rétablit peu à peu mais dès cette époque les règles ne reparurent plus.

A chaque période menstruelle cette femme ressentait des douleurs et de la pesanteur dans le ventre et les lombes pendant cinq à six jours, le temps habituel que fluaient les menstrues ; après cela, elle revenait à son état normal ; de mois en mois les mêmes phénomènes se sont présentés périodiquement, mais en augmentant toujours d'intensité. Le ventre s'est tuméfié au point qu'elle croyait à une grossesse ; enfin huit mois après son accident, elle est prise de suffocations, de palpitations violentes et autres accidents nerveux ; elle ne mange plus et maigrit de jour en jour.

M. le D^r Bineau, appelé en consultation, reconnaît d'anciennes cicatrices, des bridés dans le vagin ; surtout à gauche et au-dessous de ces brides le doigt plonge dans une espèce de cul-de-sac assez profond qui remonte jusqu'au-dessus de l'insertion du vagin à la matrice. Au spéculum on ne voit que ce que je viens de décrire ; il n'existe aucune trace du col de l'utérus.

A la prochaine époque menstruelle la malade éprouve des accidents formidables ; elle suffoque, elle étouffe, on craint une issue funeste ; c'est à ce moment que je vois la malade et je me décide à intervenir.

Je m'armai d'un couteau à lame longue et étroite, que j'entourai de linge jusqu'à 3 ou 4 centimètres de sa pointe. Le rectum et la vessie étant vidés, j'introduisis le couteau en me servant du doigt indicateur pour le diriger, je le plongeai dans la cavité utérine, j'agrandis un peu l'ouverture à droite et à gauche, et je retirai l'instrument. Aussitôt il s'écoula une quantité de sang que nous estimâmes à 400 ou 500 grammes ; ce sang était inodore, de couleur rouge foncé, épais, filant. L'écoulement

du sang continua toute la nuit : la tumeur abdominale qui remontait jusqu'à l'ombilic, s'effaça complètement et rentra dans le petit bassin. Le lendemain on put facilement introduire une sonde d'argent qui fut fixée à demeure et servit à faire quelques injections émollientes dans la cavité utérine afin de déterger la surface. La malade soulagée immédiatement après l'opération n'éprouva ni souffrance, ni colique, elle n'eut pas de fièvre ; écoulement mucoso-purulent par la sonde. Cet instrument devait être maintenu pendant une quinzaine de jours ; le mari, par excès de prudence, et craignant que la plaie ne s'oblitérât, l'a laissée deux mois.

Les règles sont survenues sans accident et sans souffrance sept semaines après l'opération, elles ont flué abondamment pendant deux jours, elles ont coulé bien plus qu'à l'ordinaire, elles sont revenues le mois suivant avec abondance, de sorte que cette femme peut être regardée comme guérie.

Observation XIX

BERNUTZ. *Arch. gén. de méd.*, 1848, 4^e série, t. 17, p. 133.

B... Françoise, 40 ans, pas d'antécédents pathologiques, réglée à 17 ans, a eu sept grossesses. Le dernier accouchement fut long et se termina par une version.

Le mois suivant les règles ne vinrent pas et la femme ressentit dans le bas-ventre des douleurs qu'elle compare aux douleurs de l'enfantement. Ces douleurs s'atténuaient ensuite peu à peu pour apparaître à nouveau le mois suivant. De plus la malade éprouvait des nausées, des vomissements.

A l'examen l'abdomen est volumineux à la partie inférieure

et dans les fosses iliaques. Cette tumeur est composée de trois parties, deux latérales et une médiane; celle-ci est réunie aux deux autres et elle dépasse le pubis d'un travers de doigt. Ces tumeurs ne sont pas nettement fluctuantes; le col situé très bas a la forme et le volume d'un œuf de poule. La malade meurt de péritonite.

Autopsie. — Altérations récentes et anciennes du péritoine. La tumeur est formée par l'utérus hypertrophié, par les trompes dilatées adhérentes aux ovaires, par la fin de l'intestin grêle et l'S iliaque réunis entre eux par des adhérences.

L'utérus et la trompe droite contenaient du sang liquide, la trompe gauche, elle, contenait du sang liquide et des caillots. Caillots sanguins très considérables dans la cavité pelvienne. L'utérus est hypertrophié, ses parois épaissies sont le triple de l'état normal. Les parois du col offrent une structure d'une grande résistance.

Observation XX

BERNUTZ. *Arch. gén. de méd.*, 1848, 4^e série, t. 18, p. 421.

D... Joséphine, couturière, 25 ans, a été réglée à 15 ans. Il y a sept ans elle est restée malade six mois à la suite de couches. Il y a deux mois, les règles se supprimèrent sans cause et une vive douleur se fit sentir dans la partie inférieure du ventre. Cet état dura cinq semaines. Il y a cinq jours les douleurs ont réapparu.

A l'examen le ventre est volumineux, douloureux; la malade accuse des douleurs continuelles s'exaspérant par intervalles. La tumeur abdominale est dure, s'étend dans les fosses iliaques et

remonté à cinq travers de doigt au-dessus du pubis. A droite et à gauche de cette tumeur existe un empâtement mal circonscrit des fosses iliaques. Pas d'écoulement par le vagin. Le col utérin paraît sain ; le corps de l'utérus est volumineux, immobile, enclavé entre les deux tumeurs latérales. Pas de fluctuation.

Trois jours après la malade a des selles mélangées de pus, de sang et de caillots sanguins. Cette expulsion dure pendant douze jours. Le ventre diminue peu à peu et reprend son volume normal. Lorsque la malade quitte l'hôpital on sent toujours dans la fosse iliaque gauche un large empâtement profond. Cette tumeur qui a le volume d'une petite noix, est constatée par le toucher vaginal qui permet de reconnaître que l'utérus a repris son volume normal et est plus mobile. Les règles n'ont pas paru pendant le séjour de la malade à l'hôpital.

Observation XXI

JABERT DE LAMBALLE. *Bulletin général de thérapeutique*, 1845.

T. 28, p. 210, in DUCROS : *thèse de Paris*, 1875.

Oblitération du col de la matrice consécutive à un accouchement laborieux.

La femme L..., âgée de 35 ans, eut le 24 juin de cette même année un accouchement très laborieux qui ne fut terminé qu'après trois jours de vives douleurs. Peu de temps après cet accouchement, cette femme s'aperçut qu'elle était continuellement mouillée par son urine qui s'échappait sans cesse du vagin. La presque totalité de la paroi commune à ces deux organes est détruite, il ne reste de l'urèthre que le tiers antérieur à peu près, le méat urinaire est oblitéré. Le doigt introduit dans le vagin pénètre dans la vessie ; cet organe est revenu sur lui-

même, n'étant plus distendu par l'urine. Depuis ses dernières couches la malade n'a pas revu ses règles; le toucher fait reconnaître que le col de l'utérus a été en grande partie détruit, complètement oblitéré, et que la paroi antérieure de la matrice a contracté des adhérences avec la paroi vésicale qui lui correspond. On sent en outre une tumeur volumineuse, arrondie, très douloureuse à la moindre pression, due au développement de l'utérus qui, touché par le rectum, présente une égale ampliation, aussi comprime-t-il cet intestin. Le toucher hypogastrique permet de s'assurer que la matrice s'élève plus haut qu'elle ne le fait dans l'état de vacuité. Depuis trois mois la malade éprouve des douleurs comme pour accoucher; elles sont par instant si vives, surtout à l'époque du mois qui répond à celle de l'apparition des menstrues, qu'elles ont à plusieurs reprises déterminé des syncopes.

M. Jobert pratiqua la ponction de l'utérus. Le trocart fut enfoncé sur le point le plus déclive de la paroi antérieure de l'organe. Cette ponction fut suivie de l'écoulement de plusieurs cuillerées de sang demi-liquide, noir, semblable à de la gelée de groseille. Ce sang ne contenait pas de sérum (analyse). Nouvelle ponction quelques jours après l'orifice s'étant fermé. Cette dernière ouverture s'est maintenue et trois fois cette femme a eu ses règles sans aucun accident.

Observation XXII

MOREAU. *Traité pratique d'accouchements*, édit. 1838. T. I, pag. 186, in DUCROS, *thèse de Paris*, 1875.

Oblitération du col, suite d'accouchement laborieux.

Nous avons vu en 1813, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dit Moreau, un femme de 36 à 40 ans, à laquelle Dupuytren pratiqua une

incision transversale au col de l'utérus pour remédier aux accidents causés par une oblitération de cette partie survenue après un accouchement laborieux. Cette incision donna issue à 1 litre environ d'une espèce de bouillie de couleur et de consistance de lie-de-vin. La malade se trouva soulagée dans le premier moment ; mais il survint une inflammation de mauvaise nature, des phénomènes de résorption que rien ne put arrêter et auxquels elle succomba quelques jours après. A l'ouverture du corps, l'utérus hypertrophié offrait le volume et l'aspect qu'il a chez une femme morte quatre ou cinq jours après l'accouchement. Sa surface interne était noirâtre, exhalait une odeur de gangrène ; le péritoine qui tapisse le bassin était enflammé.

Observation XXIII

BUSCH, *New Zeitschrift für Geburtskunde*, 1837, t. V, p. 301,
in RIBARD, *thèse de Montpellier*, 1879.

Femme de 27 ans ayant accouché il y a huit mois. La délivrance traîna en longueur ; la sage-femme fit l'extraction manuelle de la moitié du placenta ; l'autre moitié ne fut extraite que quelques jours plus tard. Consécutivement il se déclara une métrite. La malade guérit ; mais malgré un état général satisfaisant, la menstruation ne revint plus. A la place de l'hémorragie cataméniale, il survint toutes les quatre semaines des crampes tellement violentes et des douleurs tellement intenses, que peu à peu la malade s'affaiblit, fut prise d'une fièvre lente et maigrit d'une façon générale.

A son entrée, elle souffrait justement des douleurs périodiques qui, d'après ses renseignements, duraient chaque fois pendant quatorze jours et qui étaient suivies d'un repos d'une égale

durée. Au-dessus du pubis, on sentait une tumeur volumineuse, résistante et douloureuse aux mouvements, ayant le volume du poing d'un homme, et dans le vagin on trouva le segment inférieur de la matrice très dilaté, très résistant. Le méat était fermé par une membrane résistante, et en essayant d'introduire une sonde, on découvrit que l'obturation était complète. Avant que les douleurs analogues aux contractions utérines eussent complètement cessé, on fit, le jour suivant, l'ouverture du méat adhérent. L'hystérotome fut placé à l'endroit où existait celui-ci et poussé avec précaution à travers la paroi vaginale ; ce qui ne fut pas sans difficulté, parce que l'adhérence s'étendait du méat externe au méat interne. L'hystérotome dut être introduit très profondément, et lorsque, enfin, on eut vaincu la dernière résistance, on substitua le doigt à l'instrument et on trouva que la matrice contenait une matière épaisse, sirupeuse, coulant difficilement à raison de l'étroitesse de l'ouverture. En conséquence, on introduisit un bistouri boutonné, et avec celui-ci on dilata l'ouverture du méat. A la suite, il s'écoula un liquide théiforme, de couleur brunâtre, qui était constitué par le liquide menstruel retenu dans l'utérus. A l'aide d'injections, l'écoulement complet de ce liquide fut favorisé, et, à l'aide d'un cathéter en caoutchouc porté dans l'utérus, on prévint le retour d'une nouvelle adhérence. Il survint à la suite une légère métro-péritonite, et quatre semaines plus tard, l'écoulement menstruel s'établit régulièrement ; la femme sortit peu après complètement guérie.

Observation XXIV

American Journal of med. science, n° XXXV, mars 1836.

Une femme de 38 ans, accouchée deux fois, avait, lors de ses dernières couches, souffert d'une métrite violente ; depuis cette

époque, c'est-à-dire depuis deux ans, elle n'avait plus eu d'hémorragie menstruelle mais néanmoins elle continuait à éprouver les symptômes du molimen menstruel. Épuisée par des souffrances dont la cause était méconnue, elle succomba avec les signes d'une rupture des organes abdominaux; mais auparavant, une grande lèvre s'était gonflée et avait donné issue à un liquide analogue à du sang menstruel.

Dans le bassin et sur la trompe de Fallope gauche était un sac rompu par lequel le sang s'était épanché dans la cavité pelvienne; sur la trompe droite existait un sac analogue, mais point rompu. Ces sacs étaient formés incontestablement par les trompes dilatées. L'utérus, au contraire, était dur, du volume du poing et avait des parois adhérentes l'une à l'autre.

Observation XXV

MARTIN. *Mém. de méd. pratique*. Paris, 1835, pag. 239, in RIBAUD *th. de Montpellier*, 1879.

J'ai donné mes soins à une dame de Lyon, M^{me} P..., qui perdit ses règles à la suite d'une métrite consécutive à un accouchement: l'orifice de l'utérus était fermé par une cicatrice solide. Cette dame éprouvait à chaque époque menstruelle de violents maux de tête et des pesanteurs dans les membres, qui cédaient à la saignée et à l'application de sangsues.

Observation XXVI

DANCE. *Mal. de l'utérus*. *Arch. gén. de méd.*
Première série, 1829, t. XX, p. 530; in DUCROS, *thèse de Paris*, 1875.

M^{me} R..., 23 ans, réglée à 19 ans, devenue enceinte fait au sixième mois de sa grossesse un avortement. Le fœtus ne fut

expulsé que le sixième jour après le commencement du travail; la tête était restée tout ce temps engagée dans le col de la matrice.

Depuis cette époque cette femme éprouve dans le bas-ventre une pesanteur et une douleur sourde. Quatre mois après, elle éprouva des coliques plus fortes, qui semblaient annoncer le retour des règles; mais rien ne parut au dehors. De mois en mois, les mêmes phénomènes se sont répétés périodiquement mais en augmentant, à mesure d'intensité; les douleurs étaient comparées par leur violence à celles de l'enfantement; il semblait à la malade qu'on lui ouvrait le ventre; elle tombait alors dans des espèces d'accès avec sentiment de suffocation, palpitations violentes et autres accidents nerveux. D'un moment à l'autre ces accès se dissipaient, puis revenaient avec la même intensité jusqu'à ce qu'enfin la période menstruelle fût accomplie, alors tout rentrait dans le calme et M^{me} R..., n'éprouvait que le sentiment habituel de pesanteur dont nous avons parlé.

Le doigt introduit dans le vagin faisait découvrir, à trois pouces de profondeur, une tumeur saillante dans le fond de ce canal, ayant le volume d'un petit œuf de poule, légèrement incliné en avant par sa partie antérieure, un peu conique et arrondie à son extrémité inférieure, où l'on ne sentait aucune division transversale et bilabiée, aucune ouverture qui représentait le museau de tanche, présentant cependant en ce point une petite dépression à peu près transversale, environnée de rugosités, et une bride saillante dirigée d'avant en arrière. Nulle autre part on ne rencontrait de vestiges du col utérin. Au milieu de l'hypogastre, immédiatement derrière la branche horizontale du pubis, le palper faisait reconnaître une autre tumeur plus volumineuse que la précédente et en correspondance avec elle,

paraissant appartenir au corps de la matrice, qui était dans un état d'antéversion et de développement contre nature. A l'aide du spéculum la vue confirmait ce qu'indiquait le toucher; on distinguait aisément la face antérieure de la tumeur vaginale qui était recouverte par une membrane muqueuse rougeâtre; à son extrémité inférieure on y voyait la trace d'une cicatrice reconnaissable à sa couleur rose tendre et aux plicatures qui l'environnaient. Vainement nous avons cherché à introduire un stylet fin, en un point quelconque de cette cicatrice. Aux époques où des accidents périodiques faisaient présumer l'existence d'un travail de menstruation, la tumeur présentait absolument les mêmes dispositions, mais avec ces différences importantes qu'elle augmentait alors manifestement de volume dans sa portion vaginale et abdominale, et que le point où existait la cicatrice était plus large, moins résistant, offrait même une sensation obscure de fluctuation. De mois en mois cet accroissement de volume devenait plus sensible; mais dans l'intervalle de ces effervescences menstruelles la tumeur s'affaissait modérément. Il n'est pas inutile d'ajouter que des hémorrhoides accompagnées d'un flux rougeâtre, puis blanchâtre, s'étaient manifestées pendant le cours de ces accidents.

L'opération fut renvoyée à une époque correspondante à celle de la menstruation. Ce moment arrivé, nous avons senti la tumeur vaginale se contracter et durcir comme dans les douleurs expulsives de l'accouchement. Après avoir vidé le rectum et la vessie, la sonde à dard fut plongée dans la tumeur vaginale à travers la cicatrice. Il s'écoula alors cinq à six onces d'un sang inodore, couleur chocolat, épais et un peu granuleux. Les tumeurs abdominales et vaginales se sont alors affaissées. Pour maintenir l'ouverture béante, on introduisit une sonde en argent

qui fut maintenue pendant quinze jours. Peu de temps après l'utérus revint à son état normal ; le museau de tanche a la forme d'un mamelon dur, arrondi, percé d'une ouverture. Un mois après, les règles apparurent naturellement, sans troubles, sans douleurs ; le sang menstruel s'est écoulé pendant six jours, plus longtemps et en plus grande quantité qu'il n'était ordinaire à la malade ; mais loin d'en être fatiguée, M^{me} R... s'est trouvée au contraire dans un état de bien-être qui lui était inconnu depuis longtemps. Le même calme s'est soutenu pendant tout le mois de juin ; du 23 au 24 de ce mois, après quelques malaises dans le bas-ventre, les règles ont paru de nouveau et ont continué jusqu'au 30 ; M^{me} R... se trouvait dans l'état le plus satisfaisant. Enfin du 26 au 30 juillet la menstruation s'est effectuée avec le même calme et la même facilité. Depuis lors nous avons cessé d'observer la malade, le temps écoulé depuis l'opération nous ayant paru suffisant pour constater la guérison.

Observation XXVII

Guy. *Gazette de santé*, 1824, p. 243, in PUECH: *Observ.* VII, p. 29.

*Oblitération du vagin consécutive à un accouchement.
long et pénible.*

A la suite d'un premier accouchement heureux, mais long et pénible, M^{me} S... éprouva des cuissons au vagin et aux parties externes. Deux mois après, pendant quatre à cinq jours, il y eut des douleurs assez vives aux reins et au bas-ventre, et des efforts assez semblables à ceux de l'accouchement ; l'hypogastre se gonfla, devint sensible ; il y eut de fréquents besoins d'uriner et une espèce de torpeur désagréable au fondement. Trois, quatre, plusieurs époques se passèrent de même, mais avec des symptômes plus violents. Bref, la santé se détériora.

En se plaignant que sa femme était fermée, le mari mit sur la voie du diagnostic, et l'examen pratiqué par MM. Guy et Bourguet fit reconnaître l'oblitération du vagin.

Mettant à profit une dépression profonde existant vers la fourchette, M. Bourguet y poussa la pointe d'une sonde crénelée aiguë, qu'il dirigea avec l'index gauche placé dans l'anus. A la profondeur d'un pouce, il baissa les ailes de la sonde et gagna de bas en haut vers un point fluctuant qu'il sentait au bout de son doigt. Ce ne fut qu'à la hauteur de près de deux pouces qu'il eut la conscience de plonger dans un fluide, et de suite, par la crénelure, il s'écoula une matière blanche et d'une odeur rance. Glissant dans la crénelure une autre sonde, il les écarta pour agrandir le passage ; ensuite, dans leur intervalle, il engagea les pinces et fit céder le vagin dans sa longueur. L'humeur blanche s'écoula alors plus abondamment et le doigt put arriver jusqu'au col. La malade ne perdit presque pas de sang ; les menstrues reparurent, et coulent aux époques ordinaires, seulement le vagin s'est rétréci.

Observation XXVIII

L. GAUTIER, chir. à Paris. *Journal de méd., chir., pharm.*, de Corvisart, etc., t. VII, vendémiaire an XII, p. 32, in DUCROS, *Thèse de Paris*, 1875.

Au mois de juillet 1791 j'accouchais la femme M..., en travail depuis trois jours. L'enfant se présentait par l'épaule ; je terminai l'accouchement par une version. Consécutivement il y eut de l'inflammation et adhérence de l'orifice de la matrice avec la paroi postérieure du vagin.

Six semaines après l'accouchement, et à l'époque des règles,

la femme éprouva des coliques violentes, sans évacuation menstruelle. Pendant six mois, ces coliques se renouvelèrent de mois en mois, et le bas-ventre était aussi volumineux que celui d'une femme à terme. Ayant examiné cette malade, je ne trouvai au col aucun orifice. Une tumeur ovoïde occupait toute l'excavation du petit bassin et je sentis une fluctuation manifeste.

Quelques jours après, la malade souffrant beaucoup, je l'opérai. Je fis sur la tumeur avec un bistouri une incision de deux pouces d'étendue et de droite à gauche. Il sortit aussitôt quatre pintes d'un sang couleur lie-de-vin et sans odeur.

La femme se rétablit promptement et les règles se produisirent normalement. Dix-huit mois après, cette femme eut un enfant et consécutivement deux autres. Ces accouchements ont été naturels. La femme jouit d'une bonne santé.

CONCLUSIONS

L'hématométrie post-partum est due à une atrésie du vagin ou du col utérin.

Cette atrésie provient de la cicatrisation de lésions vaginales ou cervicales consécutives à un accouchement ou à un avortement suivis d'infection ou ayant nécessité une intervention (application de forceps, basiotripsie, délivrance artificielle).

L'hématométrie post-partum est caractérisée par de l'aménorrhée, par des crises douloureuses coïncidant avec les périodes menstruelles, par la présence d'une tumeur abdominale, mate, fluctuante, s'accroissant périodiquement et par saccades, enfin par l'oblitération du vagin ou du col de l'utérus.

L'hématométrie post-partum évolue rarement vers la guérison. La malade meurt d'épuisement ou de cachexie ou est le plus souvent victime d'une complication : rupture ou infection de la collection sanguine.

L'oblitération porte sur une partie quelconque du vagin ou dans la majorité des cas, sur le col de l'utérus. L'utérus est distendu dans son entier ou seulement dans sa partie inférieure ; ses parois sont hypertrophiées

ou amincies suivant les cas. Le liquide qu'il renferme est caractéristique par sa couleur marron chocolat et sa consistance sirupeuse. Les trompes sont quelquefois dilatées, constituant un hématosalpinx. Le péritoine adhère à l'utérus et aux trompes.

L'hématométrie post-partum se présentant avec tous ses signes particuliers ne sera pas confondue avec les différentes tumeurs abdominales et utérines. Seule la grossesse au début peut dans certains cas donner le change et laisser le diagnostic hésitant.

Le traitement consistera à ouvrir par le vagin la collection utérine et à la vider complètement ; on assurera ensuite un drainage parfait. L'hystérectomie abdominale sera de mise si la voie vaginale est rendue impraticable par le tissu cicatriciel.

Les suites immédiates de l'opération sont bonnes si le drainage s'effectue bien ; dans le cas contraire on peut avoir des symptômes d'infection plus ou moins grave.

Les résultats éloignés sont excellents : les règles surviennent normalement et sans douleur ; il n'y a pas de récidives de la maladie et il y a pour ces femmes possibilité de nouvelles grossesses et d'accouchements normaux.

Vu : le Président de la thèse

P. BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- American Journ. of. med. science*, n° XXXV, mars 1836.
- BAR. — La pratique de l'art des acc., 1907, p. 139 et 164.
- BARNOTTE. — *Ann. méd. de la Flandre occ.*, 1857, p. 223.
- BAROZZI. — Manuel de gyn. prat., 1907, p. 754.
- BERNUTZ. — *Arch. gén. de méd.*, 1848, 4^e sér. T. XVII, p. 133
et T. XVIII, p. 421.
- BILLROTH. — *Chir. Klin. Zurich*, 1860-67, p. 352.
- BOUCHARD. — *Bul. gén. de thérap.* T. XLIV, 1853, p. 541.
- Boston med. and. surg. Journ.*, 14 fév. 1878.
- BOURSIER. — Précis de gyn., 2^e éd., 1908, p. 1123 à 1132.
- BRINDEAU. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, séance du 2 juil.
1908.
- BUSCH. — *New. Zeitschrift für Geburtskunde*, 1837, t. V,
p. 301.
- CHIARLEONI. — *Gaz. degli ospit.* Milan, 1888, n° 18, p. 139.
- DANCE. — Mal. de l'ut. *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} sér., 1829. T. XX,
p. 530.
- DELORE. — *An. gyn. et obst.*, 1897, p. 425.
- DEREUX. — *Thèse de Paris*, 1885-86.
- DUBRUEIL. — *Revue de chir.*, août 1889, p. 677.
- DUCROS. — *Thèse de Paris*, 1875.
- FIEUX. — *An. gyn. et obst.*, 1903, t. II, p. 331.
- GAUTHIER. — *An. gyn. et obst.*, fév. 1904, 2^e sér., t. I, p. 104.

- GAUTIER. — *Journ. de méd., chir. pharm.*, t. VII, vendém.
an XII, p. 32.
- GUNNING BEDFORT. — *Leçons clin. sur les mal. des femmes.*
- GUY. — *Gaz. de santé*, 1824, p. 243.
- JAYLE. — *Bul. de la Soc. de l'int. des Hop. de Paris*, 26 oct.
1905.
- *Presse méd.*, n° 94, 1906, p. 762.
- *Presse méd.*, n° 3, 1907, p. 17.
- JOBERT. — *Bul. gén. de thérap.*, 1845. T. XXVIII, p. 210.
- KASANKY. — *Thèse de Paris*, 1905-1906.
- KHODOKOWSKI. — *Soc. méd. de Kazan*, 1899, in *Wratch*, 1897,
n° 8.
- MARTIN. — *Mém. de méd. prat. Paris*, 1835, p. 239.
- MOREAU. — *Traité prat. d'acc. éd.*, 1838. T. I, p. 186.
- POZZI. — *Traité de gyn. clin. et opér.*, 4^e éd., 1905, p. 751, 757
à 760, 1438 à 1449.
- PUECH. — *De l'atrésie des voies gén. de la femme*, 1864.
- RIBARD. — *Thèse de Montpellier*, 1879.
- ROSE. — *Monatsch. f. Geburt*, 1867, t. XXIX, S. 292.
- SANDIFORT. — *Obs. an. pathol. libre II*, cap. II, p. 69.
- WITTHAUER. — *Monatsch. f. Geburt.*, fév. 1899, t. IX, fasc. 2,
p. 205 ; analysé in *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1900,
p. 353.

